

Das vantagens do funcionamento immediato da Neo-Bocca nas Gastrectomias e nas Gastro-Entero-Anastomoses e seu methodo de realisação.

Osro. Hampe

Desde sua fase inicial, com as idéias de Nicoladone e com as realisações técnicas de Woelfler, em Viena, quando os Billroths e os Von Hackers pontificavam, até nossos dias, tambem, apesar dos aperfeiçoamentos que os Von Haberers, os Finsterers, os Moynihans, os Petersens e os Roux tem acrescentado, de maneira ininterrompida, o funcionamento correto da neo-boca na cirurgia gástrica constitue um dos grandes e difíceis problemas destas importantíssimas intervenções, problemas que deram ensejo a estudos numerosos e aprofundados, não só dos autores germanicos, mas de todos aqueles cirurgiões que se dedicaram e dedicam, com esmero, à esta secção de nossa ciência e arte.

O vômito regurgitante, que cessava, em algumas horas, com a cura do operado, ou no fim de vários dias, por êxito letal, ou que persistia de um modo definitivo, por crises curtas e separadas por intervalos mais ou menos longos de trânsito suficiente para a manutenção de uma vida quasi sempre de condições precárias, era e é a expressão sintomática, dominante, da deficiência funcional da gastro-entero-anastomose.

As relaparatomias feitas nos casos de vômitos regurgitantes, post-operatórios, persistentes, na finalidade de suprimir-se o obstáculo ao trânsito, permitiram, com suas constatações, edificar-se o capítulo, de relevância, das causas determinantes e do mecanismo do não funcionamento da neo-boca, capítulo este que, de quando em vez, recebe a contribuição de novos estudos de observação e de interpretação.

Durante o largo período da gastro-entero-anastomose, predominava a teoria do "circulus vitiosus" de Miculicz, a qual explicava os graves fenômenos de oclusão da estomia, pelo trânsito, em círculo, do estômago ao duodeno e deste ao jejuno aferente, donde a massa circulante penetrava, novamente, no estômago, para daí, reiniciar o mesmo trajeto ou vice-versa, sem penetrar na alça eferente, o que ocasionava um acúmulo crescente de líquidos na cavidade gástrica, donde era expulso pelo vômito regurgitante.

É o esforço dos operadores concentrava-se, sob o influxo desta concepção, em engenhar um método operatório capaz de impedir o aparecimento de tão perigoso vício de circulação gastro-intestinal, até que Von Hacker, com seu processo de gastro-entero-anastomose posterior, transmesocólica, a alça curta, e Roux, com o método de anastomose em Y, ou Braun, com a anastomose suplementar latero-lateral, entre as alças aferente e eferente, na gastro-entero-anastomose precólica anterior de Woelfler, pareciam ter solucionado a questão em estudos, focalizada pelo cirurgião de Breslau.

Com estes progressos, reais, de técnica operatória, chegou-se a con-

siderar resolvido, definitivamente, o problema da estase gastro-duodenal, nas intervenções do estômago. O resultado favorável atingira a tal ponto, que Augusto Bier atribuía aos cirurgiões que, de quando em quando, relatavam alguma observação de vômito regurgitante persistente, o erro de não terem empregado, na Von Haker, a alça curta, porquanto, em suas numerosas intervenções, jamais observara casos desta natureza, imputando, naqueles casos seus de não funcionamento da neo-boca, como causas, a dilatação aguda do estômago, o cotovelamento da alça eferente, a invaginação jejunal intra-gástrica e outros acidentes do período post-operatório.

Tal, realmente, deve ter sucedido a este destacado técnico, porque seu método de sutura, a pontos de Lembert, evitava duas das causas, das mais frequentes, de não funcionamento da anastomose — a orla interna exuberante e a disposição valvular, por excessiva aderência gastro-jejunal, em sua porção distal.

Mas surge a éra da ressecção gástrica e o vômito regurgitante, de quando em vez, se manifesta, como expressão de insuficiência funcional completa e persistente da neo-boca eferente, de modo análogo àqueles do círculo vicioso das gastro-entero-anastomoses.

E como nas gastro-pilorectomias não pôde haver círculo vicioso, desaparece, de todo, a teoria interpretativa de Miculicz, a qual, na realidade, não podia resistir nem ao raciocínio e nem aos fatos observados cuidadosamente, pois que a estase pôde se processar quando existe um obstáculo anatômico ao esvaziamento gastro-duodenal.

Os estudos radiológicos nos ensinam, também, comprovando o que a reflexão clínica e o estudo da anatomia patológica e da fisiologia do trânsito nos relaparatomisados havia estabelecido, que a causa do vômito regurgitante reside na incapacidade de esvaziamento gástrico pela alça eferente.

De uma maneira muito mais frequente do que os vômitos desta categoria, que são muitas vezes mortais e que reconhecem por causa um obstáculo, frequentemente, de natureza definitiva, mas que são raros e tanto mais raros se mostram quanto mais primorosa for a técnica operatória, apresentam-se os vômitos de natureza transitória, os vômitos das 24 ou 48 horas de após a intervenção, e, por sua vez de um modo bastante menos vezes observado do que estes, verifica-se vômitos, que se prolongam por alguns dias, por 3 a 8 dias, e co-relatos com o edema de orla de sutura ou com a sideração neuro-muscular, traumática-infectuosa, da zona visceral trabalhada.

Os vômitos das primeiras horas da intervenção são quasi constantes e reconhecem como causa um não funcionamento da neo-boca, motivado, quer por espasmo do orifício anastomótico, conforme os ensinamentos de Kasper Blond, quer por sideração funcional, muscular e nervosa, da região cirurgicamente traumatizada, principalmente quando, o que deve ser a regra, associa-se ligeira infecção à contusão, de acordo com a lei Stokes, de que o músculo, subjacente a serosa inflamada, paralisa-se.

Que seja de natureza transitória o não funcionamento da neo-boca, o que constitue um fato muito frequente e do que dá idéia justa a frase de Victor Pauchet "de que todo o operado do estômago vomita e deve,

por isso, ter seu estômago lavado prontamente", ou que seja de natureza persistente, definitiva até, necessitando reintervenção imediata para o restabelecimento do trânsito, embóra de prognóstico benigno nos casos da primeira categoria e de prognóstico assaz severo naqueles da segunda categoria, o fato essencial é que os vômitos repetidos debilitam e fazem sofrer aos operados, agravam-lhe o prognóstico, quando passageiro, e se tornam mortais, quando não suprimidos cirurgicamente, nos casos rebeldes, pelas graves alterações humorais a que conduzem.

Mas o que não resta dúvida é que o vômito constitue uma complicação post-operatória de importância, não só pela sua frequência e pelos malefícios que produz, mas também porque, às vezes, exprime alterações de trânsito de natureza grave.

Em cirurgia gástrica se póde afirmar que si um estômago vomita é porque ele não se acha vazio e que si ele não se acha vazio é porque a neo-boca não funciona ainda.

E que se esta neo-boca não funciona é porque se opõe à função, para qual ela foi realisada, como já vimos anteriormente, uma contratura, uma paralisia segmentar, um oedema de orla orificial eferente, uma angulação de intestino ou qualquer uma causa outra.

O não funcionamento da gastro-entero-anastomóse, nas gastrectomias, e também nas operações de simples gastroenterostomias, quando o trânsito não continúa a se processar pelo trajeto normal, equivale, patologicamente, a uma obstrução alta do intestino.

A deficiência alimentar, consecutiva a este fenómeno, apesar das transfusões sanguíneas, dos sôros, da alimentação rectal ou intra-muscular, se faz sentir rápida e perigosamente, sobretudo depois das 48 horas, em consequência da grande perda dos sucos digestivos, com as alterações metabólicas inherentes ao fenómeno.

E' natural que a consciência destes fatos incite, principalmente àqueles que os observaram, em sua clínica, à estudos tendentes a melhorar estas condições, sempre penosas, do post-operatório e, algumas vezes, também, perigosas.

A jejunostomia, a moda Moynihan, permite alimentar-se, suficientemente, os depauperados, mas tem também inconvenientes que limitam-lhe, grandemente, o uso.

Mais acertado é, sem dúvida, o método de Witzel, que faz a sonda penetrar pela parede anterior do estômago, tunelizada conforme o conhecido processo deste autor, e, daí, passar ao jejuno eferente, atravez o orifício anastomótico.

Com o emprego adicional imediato desta operação, que, por Witzel, fôra ideada como intervenção de socorro, a mais simples, nos casos de círculo vicioso, em alguns operados que, devido ao seu estado precário, necessitavam restabelecer suas forças por todos os meios, havíamos conseguido realisar, em grande parte, aquilo que havíamos desejado.

A sua utilidade se nos mostrou ainda maior, quando, visando impedir a desidratação, perfuramos, lateralmente, o dreno, em seu segmento intra-gastro-duodenal, de modo a drenar o estômago no jejuno, já que o espasmo, a paralisia e o oedema impediam, em geral, a passagem do conteúdo gástrico para o intestino, durante as primeiras horas.

Constatamos então que o vômito não se processava, o que aduzia

uma vantagem incontestável àquela apresentada, pela possibilidade que nos proporcionava a sonda, de alimentação imediata.

Entretanto a jejunosstomia trans-gástrica de Witzel, apesar de ser de técnica realmente fácil, não deixa de ser uma segunda operação ajuntada à principal, e que requer o dispêndio de alguns minutos mais para sua realização, fato a ser ponderado, principalmente, nas gastropilorectomias difíceis, de certas úlceras calosas, perfuradas ou aderidas a de certos carcinomas com metastase ganglionares importantes.

A implantação da sonda pôde se tornar difícil em alguns casos de vastas ressecções gástricas, particularmente nos longilíneos, com ângulo costal muito fechado, e até impossível, como método simples, em outros casos.

Por isto o emprego sistemático do método de drenagem, imediata, gastro-jejunal, se tornava, praticamente, irrealizável, com o processo de Witzel.

Mas da jejunosstomia trans-grástrica de Witzel ao emprego da drenagem gastro-duodenal perdida, à intubação, preventiva e curativa, da neo-boca, havia apenas um pequeno salto de ideiação.

E a analogia com o uso de drenos de goma, perdidos, na cirurgia das vias biliares, bem como a noção da propriedade do intestino de expulsar pelas vias naturais não sómente os corpos estranhos, em si contidos, mas também aqueles, inicialmente exteriorisados em relação ao tubo digestivo, após preliminar processo de interiorisação, nos autorizavam a colocação de um dreno perdido, de dimensões razoáveis, na neo-boca gastro-intestinal eferente, de modo a nos ser possível uma imediata alimentação do operado e evitarmos os vômitos, com seus múltiplos inconvenientes.

Conseguia-se, assim, com esse tubo, todas as vantagens do processo de Witzel, sem seus senões.

Em um minuto ou, até, em menos tempo, se o pôde colocar em qualquer tipo de ressecção gástrica ou de anastomóse e a sua eliminação se faz naturalmente.

O uso deste dispositivo de drenagem, de início, destinado apenas aos casos, supra-referidos, de operados em más condições, deante dos resultados favoráveis e da singeleza da técnica, tornou-se sistemático em nossa prática de cirurgia gástrica.

Como tubo drenante, empregamos um segmento de sonda Nelaton de N.º 18 a 20, de 5 a 8 cm. aproximadamente, de comprimento, vastamente perfurada e com as arestas salientes arredondadas a fogo.

Este tubo é fixado, por um ponto de Catgut, à parte posterior e inferior da orla interna de sutura, no início da curva inferior da anastomóse, de maneira que uma porção de 1 a 2 cm. de extensão fique dentro do estômago e a restante pentre na alça eferente.

O dreno conserva-se nesta posição durante alguns dias. E quando, pela digestão fagocitária do catgut ou pelo desprendimento do fio, por incisão, progressiva, de contato, dos tecidos, nos quais se fixa o ponto, houver ele, dreno, sido eliminado, já sua presença se torna, na imensa maioria das vezes, completamente desnecessária, pelo fato de dever estar, então, funcionando, com plena eficiência, a neo-boca.

A inocuidade deste processo parece-nos ser completa e sua utilidade muito grande.

Bastaria, a nosso ver, a supressão prática dos vômitos post-operatórios, para justificação cabal de seu uso.

Mas sua ação benéfica não se limita a suprimir os vômitos habituais e a permitir a alimentação imediata dos operados. Seu efeito favorável deve ir, muito provavelmente, mais longe ainda.

A razão nos diz, e as experiências cirúrgicas tal confirmaram com o método de Witzel, que sua ação se estende, também, àqueles casos em bôra raros, em que erros de técnica, disposições anatómicas ou complicações operatórias condicionam graves fenômenos de obstrução da gastro-enterostomia.

Assim a intubação gastro-jejunal, nos casos de obstrução por oedema de orla de sutura exuberante, o que não constitui raridade, age de um modo preventivo e curativo. Preventivo por evitar as manifestações dependentes da incapacidade funcional da anastomose e curativo por dar tempo a reabsorção do edema e ao estabelecimento do trânsito, de maneira que o estado patológico passa, sem ter havido expressão sintomatológica.

A disposição valvular, ao nível do orifício eferente, depende do erro de técnica de se fazer aderir, em extensão excessiva, as paredes do intestino e do estômago. Com a paralisia do segmento traumatizado pela intervenção, principalmente quando o intestino é, congenitamente estreito, nesta primeira alça, a zona gastro-jejunal aderida cai sobre a luz do conduto eferente e o obstrue de maneira geralmente grave.

A função de drenagem, neste caso, é, intuitivamente de resultado favorável.

Durante os dias de permanência da intubação, oedemas se reabsorvem, partes da válvula, mortificadas pela ação dos pontos, eliminam-se, o processo siderativo, de natureza traumática e infectuosa, desaparece e o peristaltismo se restabelece, e pôde haver, assim, cura de um estado patológico grave, que também, neste caso, passará desaperecebido. E no caso em que este fato não se processar, o que os fenômenos obstrutivos da neo-boca revelação, quando a sonda intubadora se deslocar, a ação da drenagem, em questão é ainda das mais valiosas, pelo fato de permitir uma relaparatomia de correção, em condições, relativamente favoráveis; grandemente melhores, em todo o caso, do que aquelas nas quais devem ser, sem este artifício, reoperados estes doentes.

A dilatação aguda do estômago, de acordo com o que, atualmente, é conhecido sobre ela e sobre o seu tratamento, não deve ser mais observada nos casos em que fôr usada a drenagem tubular da gastro-enterostomia.

O processo de trombose gastro-duodenal, que notáveis analogias mostram com a trombose intestinal nas obstruções, deve também encontrar ação preventiva no funcionamento pronto e correto da anastomose, pelo fato de este estado patológico ser, muitas vezes, correlato com a ectasia do tubo digestivo. Esta ectasia diminui a velocidade da circulação local e condiciona a alteração do endotélio vascular, pela ação irritante

de substâncias ou de germens que passam da cavidade dilatada para o sistema vascular.

Na angulação da alça eferente, que deve ser observada mais frequentemente nos métodos de síntese gastro-jejunal, com orifício de saída ao nível da pequena curvatura, de conformidade com a teoria do isoperistaltismo e da Magenstrasse de Waldayer, a presença do dreno deve agir de modo idêntico àquele supra descrito, em relação com a obstrução da neo-boca, por dispositivo valvular.

Alguns outros transtornos, de relação imediata com o não funcionamento da neo-boca e, por conseguinte, com os vômitos podem ser prevenidos por este método.

A deiscência da sutura gastro-mesocólica deve se tornar não existente, e as consequências deste acidente não devem mais ser observadas.

Uma complicação grave, verificada, de quando em vez, no período post-operatório, imediato, das úlceras duodenais, não extirpáveis, e nas quais se pratica a ressecção gástrica paliativa de Finsterer, é constituída pela perfuração da citada lesão na cavidade peritoneal. Este acidente, que tem sido verificado com relativa frequência, para deixar de ser uma coincidência e tomar o lugar de complicação post-operatória importante, é causado pelo aumento da pressão intra-gastro-duodenal, em consequência do não funcionamento na neo-boca, aumento de pressão este que é contínuo e que, nos esforços de vômitos, atinge ao seu ponto mais elevado.

Si suprimirmos esta hiperpressão intra-gastro-duodenal e os vômitos que a exacerbam, teremos feito a terapêutica preventiva apropriada. Estas condições são preenchidas, suficientemente, pela intubação da estomia.

Quer nos parecer que, por ação semelhante a que acabamos de relatar, a drenagem deve agir, favoravelmente, no sentido de prevenir a fistula duodenal, evitando a tensão das suturas, mórmente naqueles casos em que o fechamento do coto se torna difícil, em consequência do estado e da quantidade dos tecidos de que, para isso, se dispõe.

Concluindo este artigo, fazemos, aos interessados neste assunto, o pedido de sua contribuição, para um estudo mais vasto e profundo dele.

E assim procedemos, porque a isso nos autorisa nossas observações de gastro-piloretomias e de algumas gastro-entero-anastomoses, realizadas nestes três últimos anos.

Com o uso do dispositivo de drenagem imediata, o post-operatório se torna uniformemente muito bom.

A alimentação adequada pôde ser dada, imediatamente, já na própria mesa de operações, antes da remoção para o leito.

Os vômitos praticamente, deixam de existir, e do tubo de Fauche não nos temos lembrado mais.

E aqueles que experimentarem este processo verificarão, muito provavelmente, que os dizeres de Pauchet de que "todo gastroectomizado vomita e que, por isso, deve ter seu estômago prontamente lavado", podem ser substituídos pela afirmação de que "todo o gastroectomizado, em que se fizer uma drenagem intra-gastro-jejunal imediata, não vomita e não precisa sofrer lavagem de estômago".