

Perfuração da vesícula biliar em peritóneo livre*

Serviço do Banco do Hospital de S. José

Director: Prof. José Gentil.

Manuel de Vasconcelos

Cirurgião dos Hospitais.

Tendo tido ocasião de tratar um caso de perfuração aguda da vesícula, ou perfuração em peritóneo livre, pareceu-nos interessante relatá-lo, não só por se tratar de uma lesão grave e raramente diagnosticada, regra que aqui não sofreu excepção, mas também pela terapêutica aplicada.

Observação n.º 5306 do Arquivo do Banco do Hospital de S. José.

J. G., senhora de 82 anos, deu entrada no Banco pelas 20 horas do dia 18 de Novembro de 1927, queixando-se de dores intensas no ventre, vômitos e soluços, ausência de gases e de fezes. As dores tiveram um início brusco, às 10 horas do dia da entrada, com o máximo de intensidade na região epigástrica, generalizando-se depois a todo o ventre. Não tinham irradiação e não eram continuas: ora muito brandas, ora intensas, fizeram-nos logo pensar na dor „em onda“ das obstruções. Há dias que não evacuava, e um clister feito em casa, já depois deste sofrimento, provocou apenas a saída de „água suja“, no dizer da doente. Micções normais. A seguir às dores apareceram logo vômitos biliosos e depois soluços que teem continuado.

Um rápido exame aos seus antecedentes patológicos nada acusa de importante, a não ser uma obstripação crónica, cedendo geralmente aos clisteres. Não acusa crises dolorosas do ventre anteriores à actual.

A observação mostra-nos uma senhora de pânico adiposo reduzido, respondendo com bastante lucidez ao nosso interrogatório. *Facies* não característico, acusando intenso sofrimento. Temperatura, 36,2. Pulso a 100, aritmico, pouco tenso, 50 respirações. Língua seca e saburrosa. Ventre o-vóide, muito distendido, com som timpânico em todos os quadrantes. Há diastase dos rectos e uma defeza não muito acentuada, do direito. A palpação é dolorosa na região epigástrica e fossa iliaca direita; não se sentem ansas intestinais contraídas.

Toques rectal e vaginal: Negativos.

Aparelho respiratório: Alguns fervores de estas nas bases.

Aparelho circulatório: Areas cardíacas normais. Tons ensurdecidos, aritmia.

Operada às 22 horas com o diagnóstico provisório de obstrução intestinal, depois de se ter feito no Banco uma enterocolise sem resultado.

Anestesia geral pelo éter (anestesiador: Dr. F. Seixas Serra; operador: M. Vasconcelos; ajudante: Dr. A. Vasconcelos Dias).

Estado durante a anestesia: mau.

Estimulantes: Hexetona (2 cc intra-muscular), esparteína (1 cc), cafeína (1 cc). Laparotomia mediana infra-umbilical. A abertura do ventre vê-se as ansas intestinais muito congestionadas e distendidas, saindo em grande quantidade um liquido com as características da bilis. Prolonga-se a incisão para cima do umbigo, para exploração da vesícula. Encontramo-la enorme, congestionada, sem aderências aos órgãos visinhos e, palmando-a, sentimos cálculos. Dado o grau de distensão do co-

lecisto e a ausência da perfuração observada no rápido exame feito, pensamos numa peritonite biliar sem perfuração, entidade mórbida de patogénia ainda obscura mas que parece ter a sua explicação numa permeabilidade anormal das paredes da vesícula¹⁾.

Protegida bem a cavidade peritoneal com compressas, punctua-se o fundo da vesícula e retiram-se uns 100 cm³ de bilis muito escura e turva. Observado novamente o colecisto depois de parcialmente esvaziado, o que facilita o exame, vemos aparecer algumas gotas de bilis junto ao colo, que aumentam quando se exerce pressão sobre o órgão. Descobre-se finalmente no colo da vesícula, muito próximo do cístico e do lado externo, uma minúscula perfuração, do diâmetro inferior a 1 mm. Dada a ausência de aderências faz-se com facilidade a colecistectomia directa. Encostado ao tópo do cístico deixou-se um tubo de borracha onde se introduziram os fios de *cat-gut* com que se laqueou esse canal. Na fosseta cística, que não conseguimos peritonizar, julgamos prudente deixar um tampão constituído por gase envolvida em *rubber-dam*. Sutura do ventre em 3 planos, deixando apenas o espaço indispensável para a passagem do tubo e do tampão.

Exame autótopo-patológico macroscópico da vesícula: Lesões inflamatórias das paredes vesiculares; a mucosa muito congestionada apresenta no colo uma zona em via de necrose, no centro da qual há uma solução de continuidade, interessando tôdas as camadas da parede e do diâmetro inferior a 1 mm. A vesícula continha uns 20 cc de bilis muito escura e turva; encontraram-se também uns 20 cálculos, um dos quais do tamanho de uma castanha, 11 facetados, de volume menor, e os restantes muito menos volumosos.

A intervenção durou 35 minutos, após a qual a doente estava com um pulso a 112, aritmico, com pequena recorrência.

O decurso post-operatório não teve incidentes de maior: a doente teve alguns vômitos post-anestésicos, e, na manhã do dia seguinte ao da intervenção, deixou de ter vômitos e soluços. As dores abrandaram. O pulso a 90, com boa tensão. Temperatura 37,2 de manhã.

O ventre menos distendido, acusava apenas algumas dores a palpação nos quadrantes inferiores. Houve emissão de fezes.

Em 21 acentuaram-se as melhoras: pulso a 84, acompanhando a melhoria do estado geral. Penso menos sujo do que na véspera; mudaram-se novamente as compressas. Evacuou bastante com o clister. Ventre depressível, quasi indolor.

Ao 4.º dia tira-se a mecha de *rubber-dam*. O penso vem menos sujo de bilis. No dia seguinte tira-se o tubo de borracha. Ao 7.º dia tiram-se os agraíes e no dia seguinte os 2 pontos de linha-união, excepto no ponto de drenagem por onde continuou a sair alguma bilis, cada vez em menos

*) Transcripto da Revista „Lisboa Médica“ — N.º 8 — Anno V — Agosto de 1928.

1) Bruns Beitrage Zur Klinischen Chirurgie. — Tomo CXL., n.º 1. 1927.

quantidade. Em 1 de Janeiro fechou finalmente a pequena fistula existente e a doente saiu do Hospital em 20, com a cicatrização completa.

O diagnóstico das perfurações agudas da vesícula, ou perfurações em peritônio livre, é raramente feito antes da intervenção (em 12,5% casos, segundo Emory Alexander, de Philadelphia). Quando a perfuração se faz no decurso de uma febre tifóide, o diagnóstico mais usual é o de perfuração intestinal. Nos restantes casos não traumáticos, pensa-se geralmente numa peritonite de origem apendicular ou numa úlcera gastro-jejunal perfurada.

No caso presente, a doente apparece-nos com uma peritonite biliar no estado de ileus paralítico. A defesa pouco acentuada, a ausência de fezes e de gases, a temperatura normal, a não existência de crises abdominaes anteriores, as dores „em onda“ (com intervalos quasi indolores), etc. fazem-nos inclinar para o diagnóstico de obstrução intestinal. Contra este diagnóstico tinhamos apenas dois elementos: o início brusco da crise e a persistência dos vômitos, logo de início biliosos, elemento que é apontado como um sinal de lesão das vias biliares.

Por circunstâncias independentes da nossa vontade não foi feita fórmula leucocitária, que poderia dar algumas indicações.

Explicado assim o erro de diagnóstico, não queremos deixar de fazer alguns comentários à nossa conduta terapêutica. Em casos tais faz-se a colecistectomia ou a colecistostomia (não falando na sutura da perfuração, operação sempre aleatória e que, de resto, no caso presente era difficilima de executar). A primeira, considerada a operação ideal, só deve ser feita em doentes de idade não muito avançada, em condições de resistência regulares, e operados com poucas horas de perfuração. Mesmo nas condições mais favoráveis — operação precoce, bom estado geral, etc. — a colecistostomia dá uma menor mortalidade que anda, contudo, à roda dos

50%, nos casos agudos como este. Na nossa doente, a-pesar dos seus 82 anos e do mau estado do seu aparelho cárdio-vascular, julgamos indicada a colecistectomia porque a perfuração se fez no colo da vesícula, muito próxima do cístico, em região portanto difficil de isolar da grande cavidade, uma vez estabelecida a drenagem. Por outro lado a não existência de aderências tornou a intervenção — ectomia — relativamente simples.

Nos casos sub-agudos, isto é, naqueles em que a perfuração foi limitada por aderências ou pelo epiplon, a percentagem de curas é maior. Não se tratando então de uma intervenção de urgência, o doente pode ser convenientemente estudado e preparado para estar nas melhores condições de resistência.

Nestes casos, a ectomia está indicada sempre que a possamos fazer sem perigo de contaminar a grande cavidade, isto é, sempre que a vesícula, o cístico e o colédoco possam ser facilmente isoláveis. Quando, pelo contrario, a vesícula estiver rodeada de aderências difficéis de destruir, quando o cístico e o colédoco não sejam reconhecíveis, devemos, então, fazer a simples drenagem — a colecistostomia. Numa segunda intervenção, se o estado do doente a isso nos obrigar, podemos então fazer com muito menos risco a colecistectomia.

Nas perfurações crônicas, isto é, naquelas em que, por virtude de um processo de pericolecistite, a vesícula aderiu a um segmento do *tractus* digestivo — geralmente o duodeno, mais raramente o cólon ou o estômago — e secundariamente se perfurou, formando uma fistula, a intervenção é sempre difficil e necessita muito método da parte do cirurgião. Este começará por isolar o intestino aderente, fará a sutura da perfuração nêle existente, depois executará, segundo os casos, a colecistectomia ou a colecistostomia, em harmonia com os considerandos feitos a propósito das perfurações sub-agudas.

Dr. Carlos Leite

Prof. da Faculdade de Medicina

Molestias internas, syphilis e pelle

Consultorios: Ph. do Indio, ás 9 horas. Pharmacia Carvalho, ás 15 horas.

Residencia: Voluntarios da Patria, 515. Teleph. 88.

Dr. Fabio de Barros

Prof. de clinica neurologica da Faculdade de Medicina, medico alienista do Hospital São Pedro.

Clinica de molestias nervosas e mentaes.

Consultorio: Andradas n. 551, das 10 ás 11 horas.

Residencia: Marechal Floriano, 95. Teleph. 5085 aut.