

Société Médicale des Hospitaux de Paris, n.º 14, 21 Avril 1930.

Ph. Pagniez et A. Plichet — Un cas de psittacose; Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hospitaux de Paris, n.º 15, 28 Avril 1930.

Noël Fiessinger et Philipp Decourt — Un nouveau cas de psittacose; Bulletins, mesmo numero.

Netter — Discussion; Bulletins, mesmo numero.

Rivet — Discussion, un cas très composable; Bulletins, mesmo numero.

E. de Mossary — Discussion, Deux nouvelles observations; Bulletins, mesmo n.º.

L'Information Médicale, n.º 5, 1^{er} Mai 1930.

As Periviscerites.

Por *Barros Coelho*

Cirurgião dos Hospitais.

O estudo das perturbações do tubo digestivo, pelos progressos da radiologia e da cirurgia, conduziu necessariamente ao das periviscerites, tão frequentes e de tão difficil therapeutica.

Deve-se entender por periviscerite a reacção inflammatoria, de continuidade e de contiguidade, do peritoneo dos órgãos normalmente septicos como o estomago, o duodeno, a visicula biliar, o grosso intestino, o appendice, reacção que determina a formação de adherencias frouxas ou cerradas entre esses órgãos, mascarando a lesão inicial, confundida em um complexo symptomatico bastante emmaranhado.

Essa reacção peritoneal não sobrevém em qualquer individuo, pois que nem sempre se observa como corollario dos grandes dramas do peritoneo, o que faz suppor dependa ella de um terreno especial, syphilitico ou tuberculoso, embora essa hypothese não seja apoiada em prova material.

Muitas vezes a peritonite cicatricial está ausente em doentes que apresentaram uma peritonite grave, enquanto, outros, apoz uma intervenção abdominal, ás vezes simples, apresentam uma periviscerite secundaria.

Caberá ao cirurgião essa complicação tão frequente?

Talvez ás compressas asperas ou asperamente manejadas, ao sangue mal tamponado, aos antisepticos empregados como topicos na lesão tratada, mas, sobretudo e principalmente, ás condições especiaes em que se encontra a serosa, exposta ás sementeiras, ao contacto das superficies cruentadas dos órgãos septicos, aos lymphaticos.

Essa peritonite post-operatoria, silenciosa, sem drama, como complicação local, do mesmo modo que as complicações á distancia (broncho-pneumonia, embolia) não são, diz Pauchet, como querem alguns, devidas á simples e accidental abertura no peritoneo, mesmo bem protegido, de cavidades septicas, gastricas, intestinaes ou outras, á poluição de zonas visinhas por germes dessas cavidades, mas ás contusões e esmagamentos dos lymphaticos, o que, pela mortificação dos tecidos, exalta a virulencia dos germes contidos nesses tecidos chronicamente inflamados.

A periviscerite reconhece por causas:

- a) a infecção que parte do appendice,
- b) a infecção provocada pelas formações congenitas.

a) A infecção de origem appendicular, como toda infecção, evolue por via lymphatica; o peritoneo, por continuidade e por contiguidade, reage com a formação de adherencias. Esta reacção, marcando ao mesmo tempo o progresso e o limite da infecção, póde ficar adstricta á região do appendice, como acontece na appendicite aguda, ou estender-se ao colon, modificando-lhe o contorno, si este já não está alterado pela presença da membrana de Jackson, e aggravando essa alteração, si a membrana está presente. Si a invasão se estende ainda mais, pode-se observar a soldadura do ascendente ao transverso, ou o ataque á segunda e á terceira porções do duodeno. Muito frequentemente essa invasão attinge o epiploon, como constatou Walter.

b) A infecção provocada pelas formações congenitas procede do mesmo modo, seguindo a mesma via, com a mesma reacção peritoneal. A membrana de Jackson e de Flint, as bridas de Lane, o folheto de Dupuy de Frenelle, o ligamento cystico-colico, uns, localizados nos chamados angulos de tracção, outros abraçando o coecum ou o ascendente, determinam dobras, cotovellos ou torsões ao nivel do ileon, do coecum, da sigmoide, dos angulos collicos direito ou esquerdo, duodeno-

jejunal. Essas deformações provocam a stase no segmento attingido, stase seguida, naturalmente, de fermentações anormaes do conteúdo intestinal e consequente exacerbação da virulencia dos germes que então emigram; a serosa reage com a formação de tractos inflammatorios, as adherencias.

Secundariamente, aquellas formações congenitas são attingidas pela infecção e, como é de prever, as deformações do tubo intestinal se accentuam, determinando um verdadeiro circulo vicioso.

A prova da infecção não é recente. Walter já havia assignalado a frequencia da epiploite chronica na appendicite, d'onde, como accentuou Carnot, o perigo dos enxertos epiploicos, quando o cirurgião não tem certeza da integridade do epiploon.

Duval e sua escola, demonstrando a presença de germes nas ulceras gastricas e duodenaes o nos tecidos que cercam essas lesões; Lambret, constatando a identidade dos germes da flora gastro-duodenal e das bronco-pneumonias dos operados do estomago; Bazy com sua vaccina para evitar os accidentes post-operatorios n'esses doentes, fizeram perceber o papel importante do microbismo nas diversas lesões das visceras abdominaes e sua repercussão á distancia.

Mas, si as vaccinas e as provas histologicas já eram, de por si, convincentes, foi com a cultura de fragmentos de epiploon doente, de adherencias etc., que Bécart e Gaehlinger forneceram a prova provada da infecção. Com effeito, semeando em tubos de caldo fragmentos de epiploon, adherencias, serosa suspeita, viscícula biliar, serosa gastrica, Bécart e Gaehlinger verificaram que esses tecidos davam culturas, ás vezes puras, de colibacillo, enterococo, staphylococo, proteus etc., Essas sementeiras eram feitas na sala de operações, immediatamente apoz a colheita do material suspeito. Concomitantemente, fragmentos desses mesmos tecidos, colhidos nos mesmos doentes e semeados, para contrôle, em caldo vaccinado, este se conservava esteril. Mademoiselle Moldaya já havia demonstrado que o meso-appendice, muitas vezes, dá culturas puras de colibacillo.

Assim se explicam as complicações post-operatorias locais, suppuração de suturas, desunião e suppuração da parede, lymphangite, as periviscerites secundarias, umas e outras attribuidas á má esterili-

sação dos fios de sutura e de ligadura, e os accidentes geraes: bronco-pneumonias e embolias, attribuidas aos anestheticsos.

Clinicamente o diagnostico das periviscerites nem sempre é facil, tão confusa é a sua symptomatologia perdida na symptomatologia dos órgãos affectados, conduzindo, á vezes, a operações inuteis ou incompletas.

Não é raro que o cirurgião, enganado por symptomas objectivos e subjectivos que já haviam levado a erro o clinico, intervenha, por exemplo, firmado o diagnostico de ulcera gastrica ou duodenal ou mesmo de cholecystite, e, aberto o ventre, constate a integridade dos órgãos suppostos lesados. e encontre uma appendicite, uma brida de Lane, uma epiploite etc., quando não uma hepatite...

Quantas vezes, e por ahi ha tantos, os doentes operados de appendicite continuam queixando-se da fossa iliaca, porque a operação foi incompleta, não tendo o cirurgião, hypnotisado pela feitura de uma incisão minima em um minimo de tempo, interrogado a integridade do ileon, do coecum, do ascendente, escapando assim, á operação, uma brida de Lane, uma membrana de Jackson etc.?

A cirurgia exige, como diz Duval, a collaboração effectiva do clinico, do cirurgião e do radiologista, collaboração effectiva pelo estudo em commum das ideas que cada um adquiriu.

Si a differenciação entre periduodenite e cholecystite, embora aquella seja uma consequencia frequente desta, é relativamente facil mediante o R. X., ella exige, assim mesmo, um exame prolongado e minucioso deante do écran, uma serie de radiographias rapidas, para se poder julgar da fixidez da imagem do contorno duodenal com as suas deformações tão variaveis; o mesmo não se dá com a epiploite, por exemplo, cujas imagens a radiologia não pode fixar. Do mesmo modo, a mesocolite e a mesenterite que a clinica e a radiologia podem suspeitar, e que só o cirurgião, tendo aberto o ventre, estará em condições de diagnosticar.

a) A periviscerite apresenta-se sob duas formas:

a) periviscerite aguda localisada, — a que se produz em torno de uma lesão aguda, como se verifica, por exemplo, nas ulceras do estomago e do duodeno:

- b) periviscerite chronica evolutiva, — a que dá margem a este estudo.

A periviscerite aguda localisada é uma reacção de defeza local. É ella que conduz ás fistulas gastro-colicas. O peritoneo defende-se em torno da lesão, e esta evolue atravez das adherencias de defeza até os tecidos do órgão vizinho que, por sua vez, é ulcerado e fistulizado.

É raro que essa reacção se estenda além do foco inicial, generalisando-se como acontece com a periviscerite chronica. Naquella é a lesão inicial que prepondéra com a sua symptomatologia propria, ao passo que, na ultima, a lesão inicial desaparece na confusão dos symptomas communs á lesão e á reacção peritoneal evolutiva.

Entra no quadro da periviscerite aguda a reacção fibrosa que, apoz a peritonite tuberculosa, une as alsas intestinaes entre si, assim como a reacção peritoneal localisada em consequencia de um traumatismo (contusão, ferimento perforante ou perfuro-cortante). Do mesmo modo a reacção que se faz em torno da sigmoide attingida de diverticulite.

b) A periviscerite chronica enquadra todas as reacções peritoneaes de evolução lenta e progressiva, cuja origem se encontra, seja na appendicite chronica, seja nas formações congenitas localisadas nos angulos de tracção.

São manifestações da periviscerite provocada pelas formações congenitas:

- a) a perisigmoidite originada na primeira e ultima brida de Lane:
- b) reacção que engloba os angulos colico e esplenico, determinando a soldadura em cano de espingarda do transverso ao ascendente ou do transverso ao descendente:
- c) a que se forma entre o angulo colico-hepatico e o duodeno:
- d) a que se produz entre o duodeno e a vesicula biliar:
- e) a que se faz pela angulação do ileon provocada pela brida ileal de Lane:
- f) a que accentua o angulo duodeno-jejunal.
- g) a que engloba e fixa o ascendente, provocada pela membrana de Jackson:
- h) a que fixa o coecum produzida pelo folheto de Dupuy de Frenelle.

Todas essas reacções determinam modificações de aspecto dos órgãos ou segmento dos órgãos attingidos, modificações

que não escapam á radiologia associada ao pneumo-peritoneo.

Os symptomas objectivos e subjectivos, determinados por qualquer das manifestações da periviscerite dependem não só da localisação maxima da reacção peritoneal (vomitos, oclusão, stase intestinal chronica) mas tambem do psychismo, pois alem da infecção chronica localisada, ha por ella occasionados phenomenos de intoxicação geral da qual dependem as perturbações do sympathico e a deficiencia das glandulas de secreção interna.

É desnecessario dizer que, afóra os accidentes agudos (occlusão, sub-occlusão antes de recorrer á therapeutica cirurgica, não se devem desprezar os elementos de que a therapeutica medica hoje dispõe — Diathermia, raios ultra-violeta, heliotherapia, vaccinas etc.

O tratamento das periviscerites é, como seu diagnostico, extremamente difficel.

Não ha muito, e ainda hoje alguns cirurgiões o fazem, o tratamento cirurgico consistia na secção de bridas e adherencias que eram em seguida tocadas com iodo, ether ou formol. Essa therapeutica é insufficiente, uma vez que não combate a causa da formação das adherencias, isto é, o microbismo latente dos tecidos operados.

Era natural que se oppuzesse a esse microbismo a medicação biologica que Bazy, em 1917, já havia proposto para combater os accidentes post-operatorios, immunisando seus doentes por meio de uma vaccina, no que foi seguido, de perto, por Wilkie, Cerf e Lambret, Pauly, Mornard, Morin, Blanco-Acevedo etc.

O resultado dessa therapeutica preventiva não se fez esperar, pelo menos quanto aos accidentes geraes á distancia do foco operatorio, pois que não era contra os accidentes locaes, as perviscerites essenciaes ou secundarias, que a vaccina era tentada. De facto, logo começaram alguns cirurgiões a publicar suas estatisticas comparativas.

Si bem que os numeros sejam passivos, digam o que se quer que digam, não é possivel duvidar delles, quando são a expressão da experiencia controlada ao alcance de qualquer um. Vamos, por isso, citar algumas cifras referentes á pratica da vaccina pré e post-operatoria, de alguns cirurgiões.

Gosset, antes do emprego da vaccina, teve, em 67 casos de operados do aparelho digestivo, 28, 3% de complicações pulmo-

nares curadas, e 7, 5% de complicações mortaes, ao passo que, depois do uso da vaccina, viu sua estatística melhorada: — em 57 doentes sujeitos ás mesmas operações que os anteriores, 17, 5% de complicações pulmonares curadas e 1, 75% de mortaes. Lambret, depois da vaccina, em 300 casos 5% de c. pulm. curadas e 0% de mortaes.

Vaccina de Bazy, caldo de Delbet, immuniperos Gremy etc. entraram, assim no periodo preparativo dos futuros operados e na phase post-operatoria.

Giraut, Larget, Lamare e Moreau, Pauchet e sua escola foram mais longe, applicando a vaccina, não só antes e depois da operação, mas durante o acto operatorio, protegendo o peritoneo com compressas embebidas em caldo vaccinado, tamponando com compressas embebidas nesse caldo todos os pediculos vasculares ligados, os cotos de ligaduras, as suturas profundas e superficiaes.

Si é verdade que a medicação biológica não foi empregada com o fito de combater as periviscerites, mas para prevenir as complicações pulmonares da cirurgia gastrica, não resta a menor duvida que ella é a medicação racional a oppôr á reacção peritoneal existente ou capaz de succeder a uma operação.

Aliás é o que constatou Pauchet, depois do emprego do caldo vaccina de Becart durante o acto cirurgico: — abrindo para um segundo tempo operatorio, ou para intervir sobre outros órgãos, o ventre de doentes vaccinados por occasião de uma intervenção anterior, constatou aquelle mestre da cirurgia franceza contemporanea a ausencia completa ou quasi completa de adherencias; quando estas existiam eram tenues, frouxas e raras.

Traçar uma regra fixa para o tratamento cirurgico das periviscerites é incorrer em um erro grave, pois toda intervenção therapeutica está sujeita ás particularidades do terreno em que se vae agir, á capacidade defensiva do paciente não só no momento mas para o futuro, ás condições actuaes da lesão a tratar, á causa d'essa lesão, ao psychismo do paciente, enfim a condições que variam de individuo a individuo, e muitas vezes ao temperamento proprio do cirurgião.

Resecção de epiploon ou das formações congenitas, hemicolecomia quando a membrana de Jackson adherente e fibrosa encerra o ascendente, ou quando o ascen-

dente e o transverso, ou o transverso e o descendente estão soldados em cano de fusil; resecção enfim de outro qualquer segmento intestinal em que haja obstaculo, ou simples entero-anastomose, são as intervenções de que o cirurgião se valerá, conforme as indicações de cada caso.

Peritonisação perfeita, ou enxerto epiploico quando possível, hemostase completa, delicadeza extrema nas manobras, vaccina antes, durante e depois da operação, são factores de cura, associados á gymnastica respiratoria diaphragmatica, á injectão de hypophisina para provocar o peristaltismo intestinal durante as duas ou trez primeiras semanas, assim como á therapeutica psychica, dos elementos physicos (calor, electricidade) (Pauchet). Não esquecer que esses doentes têm um endocrinismo deficiente.



Lipomatose symetrica familiar

por Nino Marsiaj

Assistente do Serviço do Prof. Octavio de Souza.
(1.ª Clinica Medica da Faculdade de Medicina).

Tivemos occasião de observar, no serviço do illustre mestre Prof. Octavio de Souza, dois irmãos, portadores de uma lipomatose symetrica e ambos filhos de um lipomatoso. O interesse dos casos que vamos apresentar não está sómente no caracter hereditario e familiar dos mesmos, mas tambem pelas considerações etio-pathogenicas a que dão lugar.

Até 1919, segundo Moreira da Fonseca, havia na litteratura medica apenas 4 casos hereditarios de lipomatose symetrica (Suinhuber, Bramwell, Duhot e Kraske) e um unico familiar (Strisower), nenhum, porém, como os nossos, hereditarios e familiares.

OBSERVAÇÃO n.º 1:

F. T., branco, com 33 annos de idade, casado ha 14 annos, colono, residente em Caxias, onde nasceu e sempre viveu, de origem italiana. Baixou á Enfermeria Dr. Octavio de Souza, occupando o leito 30 (interno René Marino Flores), está registrado sob n.º 4303, pesa 61,5 kgs. e mede 1,68 cms. de altura.

Anamnese. — A primeira manifestação do seu mal data de 5 ou 6 annos atrás, quando notou o apparecimento dos primeiros nodulos cervicaes de ambos os lados. Ha 2 annos elles se tornaram lentamente crescentes, permanecendo, porém, com esta unica localização até