

Sobre um caso de pancreatite hemorrágica operada com successo

Pelo **Dr. Jacy C. Monteiro**, cirurgião da Santa Casa.

O. B., de 18 annos de idade, baixa a enfermaria 7ª A da S. Casa, a 20 de Março passado, accusando forte dôr na região epigástrica, grande prostração e temperatura elevada.

Historia relatada.

Dia 16 de Março, 4 dias antes de ser admittida no hospital, trabalhava em sua casa, quando sentiu um dôr bastante forte na *boca do estomago*, teve falta de ar e abandonou o trabalho; tudo isto durou uns dez minutos, voltando depois a se sentir bem; no dia seguinte estava a porta de sua casa comprando verduras, quando foi novamente acometida de fortes dôres no estomago, que duraram pelo espaço de 20 minutos mais ou menos, melhorando em seguida; isto foi as 8 horas da manhã; ao meio dia sentindo-se bem almoçou com regular apetite, a 1 hora da tarde a dôr voltou a maltratal-a porém com uma intensidade muito mais accentuada, foi para cama, um tanto desacordada, e vomitou todo o alimento que ingerira no almoço; não obstante o vomito, a dôr continuava constante, com paroxismos accentuados durante a noite; pela manhã do dia seguinte tomou um purgativo que a fez peorar ainda mais. Vendo que não melhorava resolveu baixar a Santa Casa onde foi dirigida á enfermaria 7ª A ocupando o leito n.º 2.

Antecedentes familiares e pessoas.

Pae morto de tuberculose pulmonar aos 27 annos de idade. Mãe forte; duas irmãs sadias. Com 3 annos de idade teve meningite, até 11 annos caminhava bem, depois começou a sentir rigidez nos membros inferiores, cahindo seguidamente de joelhos, o que ainda hoje acontece frequentemente. Mais tarde não sabe precisar bem a data, teve sarampo, varicella e gripe. Ultimamente gosava boa saúde.

Exame clinico.

Do exame clinico deparamos com uma rapariga, bastante emagrecida, deitada na cama com desconforto, physionomia soffredora, olhos escavados, nariz afilado, labios seccos, ligeira dispnéa. Ha 4 dias esteve doente e accusava forte dôr no estomago. Ventre normal, si bem que emagrecido, com excepção da região epigástrica que era levantada por uma saliência ou um tumor situado na linha xypho-umbelical, do tamanho de um punho, pelle normal,

não haveria alteração de coloração, nem solução de continuidade.

Ausencia de ictericia e passado hepatico. Pela palpação notamos que o tumor era duro, não elastico, não movel, não adherente, ou fazendo parte da parede do ventre, e sobretudo muito doloroso. Som macisso a percussão, maciszez esta que se continuava com a hepatica. Acima e abaixo do tumor som tympanico. A porção restante do ventre era igualmente tympanica a percussão, molle a palpação e não apresentava dôr apreciavel com ponto algum, prisão de ventre ha 3 dias. Urinas poucas e carregadas. Ausencia de vomitos depois que chegou ao hospital. Lingua saburrosa, dentes mãos, garganta limpa. Apparelho respiratorio normal, coração bom. Temperatura pela manhã 37,5, a tarde 39,3. Pulso 120, tensão boa. Respiração 26 movimentos por minuto.

Exames de Laboratorio.

Exame de urina — revelou: traços nítidos de albumina, densidade 1024, ausencia de glycose, e nada mais de anormal.

Uréa 0,38.

Chloretos 5,616 ‰.

Globulos brancos 19,373.

Forma leucocytaria. Polynucleares neutrophilos 82 ‰.

Grandes e medios monucleares 8 ‰.

Lymphocyts 8 ‰.

Formas de transição 1 ‰.

Periodo pre-operatorio.

Como o estado da paciente foisse precario prescrevemos no dia da entrada toni-cardiacos, sôro physiologico e solução Dastre; no dia seguinte não havia melhora no estado geral. Temperatura 37,5 pela manhã e 39 a tarde; o estado de desconforto continuava e a dôr era persistente e intensa e o emagrecimento se accentuava fortemente; nosso mestre Dr. Bica de Medeiros resolveu então operar o paciente; a intervenção foi realisada no terceiro dia de admissão no hospital.

Como diagnostico pre-operatorio tinhamos o seguinte: tumor do andar superior do ventre, região epigástrica possivelmente, abcesso subphrenico, dada a symptomatologia apresentada pela paciente.

Operação.

Anesthesia geral pelo ether e cargo do interno José Eboli. Operador Dr. Bica de Medeiros. Assistente o autor destas linhas.

Incisão mediana xypho-umbelical, interessando pelle tecido cellular sub-cutaneo, aponevrose e musculo; incisado o peritoneo notamos uma massa dura totalmente recoberta pelo epiploon gastro-colico que adheria tambem fracamente ao peritoneo parietal, donde foi facilmente descolado; o tumor que tinha o volume comparavel ao de uma cabeça de feto era limitado na sua parte superior, pela grande curvatura do estomago e na parte inferior pelo colo transverso, sendo que estas duas visceras não faziam corpo commum com o tumor.

Feita com um trocard uma punção na massa em questão, obtivemos sangue enegrecido. Depois da punção penetramos no tumor que occupava a retro cavidade dos epiploons atravez do omentum gastro-colico cahimos numa massa compacta, formada de coagulos sanguineos, vermelhos escuros, e de uma substancia branca acinzentada como espermacete que o laboratorio Dr. Waldemar Castro esclareceu tratar-se de tecido pancreatico necrosado (esteato necrose). Uma vez retirada grande quantidade desta massa que formava o tumor, a loja por ella occupado foi cuidadosamente seccada com compressas, e a hemostase feita da melhor maneira possivel, foi necessario a collocação de um Mickulicz para drenar a formidavel cloaca deixada pela retirada da massa formada pelos coagulos e tecido pancreatico-necrosado. Possivelmente duas terças partes da glandula pancreatica tinha sido destruida. O ventre foi fechado em tres planos, e receitamos sôro glycosado toni-cardiacos insulina e succo pancreatico.

As sequencias operatorias foram bastante favoraveis, não houve choque operatorio devido a rapidez da intervenção, como é aconselhavel nestes casos, a temperatura baixou rapidamente á normal, o pulso normalisou-se e o Mickulicz foi retirado facilmente 8 dias depois a intervenção. Nos dias subsequentes foi notado a saída pelo orificio deixado na parede do ventre pelo Mickulicz, de um liquido espesso, acinzentado e azedo, que foi considerado como proveniente do pancreas, estabelecendo-se assim uma fistula pancreatica post-operatoria. Não obstante o estado geral da doente melhorou consideravelmente, o apetite e as forças reapareceram, a febre desapareceu, e 30 dias depois de operada a paciente teve alta com boas condições, pois a fistula pancreatica regredindo lentamente graças um regimen antidiabetico e atropina; deixava ver

ligeiro pertuito com tendencias a desaparecer, dando saída ainda a pequena quantidade de liquido com os caracteres acima descriptos.

Ligeiro commentario.

Eis ahi pois um caso rarissimo de pancreatite hemorrhagica, operada com optimo resultado, digo rarissimo pois ha 9 annos que privo nos serviços de cirurgia, inclusive um anno passado nas clinicas chirurgicas da Europa, e este foi o primeiro caso que deparei, aliás corroborando nesta affirmativa, Soupoult da clinica cirurgica de Gosset na Salpêtrière, diz que a pancreatite hemorrhagica é tão rara, que todo o cirurgião que tiver operado tres casos, está fortemente autorizado para falar em cirurgia.

No caso presente tratava-se de uma pancreatite hemorrhagica da forma sub-aguda, muito bem estudada por Leriche e Carnot, de evolução menos rapida que a forma aguda, sem o *grande drama pancreatico* de Dieulafoy, sem os signaes alarmantes e gravissimos de peritonite generalizada com obstrução intestinal. A tumefacção que a paciente apresentava na região epigastica, era formada ou constituida pela hypertrophia do pancreas infiltrado de coagulos sanguineos. Dispensome de fazer commentarios sobre formas clinicas, ethiologicas, pathogenicas, e diversas theorias sobre a acção dos fermentos pancreaticos, anatomia pathologica e etc. por julgar que isto tudo acha-se muito bem descripto nos tratados clinicos, e por ser daquelles que pensam que as communicações nas sociedades scientificas, não devem ser feitas sobre a forma de longos discursos, mas sim de ligeiros commentarios em que appareça por muito pouco que seja o coefficente pessoal do observador.

Dada a raridade da pancreatite hemorrhagica, o pancreas é commumente esquecido na diagnose das affecções agudas do abdomen. Nós tambem o esquecemos lealmente o confessamos, mas pancreatite hemorrhagica como no caso presente, abcesso sub-phrenico como era o nosso diagnostico pre-operatorio, ou qualquer outra modalidade clinica que coubesse dentro do quadro symptomatologico apresentado pela nossa doente, a therapeutica tinha que ser uma só a intervenção cirurgica, a unica victoriosa e proveitosa para a paciente, e foi esta que recorremos com um successo operatorio completo.