

Sociedade de Medicina

Presidente: Prof. OTAVIO DE SOUZA
Secretarios: Prof. TOMAZ MARIANTE
Dr. NINO MARSIJAJ

Comunicações

ABDOMINOSCOPIA

por

Manoel B. Gonçalves

“Meus senhores. E’ a titulo de “nota previa” sobre trabalho que mais tarde pretendo apresentar a vosso soberano e preclaro julgamento que eu resolvi pedir uns momentos de vossa mui honrosa atenção para o estudo que, ha pouco iniciado por mim, parece-me poder trazer algum beneficio em auxilio do diagnostico das lesões abdominais.

Trata-se do que eu chamo abdominoscopia, isto é, do exame mediato ou immediato das visceras abdominais.

Para conseguir tal “desideratum” mandei construir o aparelho que ora vos apresento e que, rapidamente, vos vou descrever. Não preenche totalmente os meus desejos mas serviu-me para as experiencias em cadaveres e em cães.

Consta essencialmente de um tubo ôco de metal, no interior do qual, de acôrdo com o momento, é introduzida uma haste de metal que serve, ora como afastador das visceras ora como perfurador de trocater.

Dito tubo termina na sua extremidade distal por bordos arredondados de maneira a não ferir as visceras intra-peritoneais. Sua extremidade proximal termina-se por um pequeno disco que tem na parte inferior um pino que fixa e adapta o todo ao suporte do aparelho.

A haste metalica é formada por um bastão niquelado que se adapta perfeitamente á parte interna do tubo. A extremidade proximal termina-se por uma pequena dilatação que serve como cabo quando se usa como trocater. A extremidade distal é formada por uma roseca de parafuso em que se colocam, conforme as necessidades, tres pontas.

Duas são perfurantes, tendo uma delas seu eixo central, identica, portanto, ás pontas do trocater comum; a outra de eixo excentrico, mandei construir para o caso de ventres de paniculo adiposo muito desenvolvido e em que houvesse receio de picar a massa intestinal. A tereeira ponta é arredondada servindo para o afastamento das visceras durante a operação.

O suporte é constituído por duas chapas metalicas separadas uma da outra por uma substancia isolante. Os parafusos que as ligam são igualmente isolados.

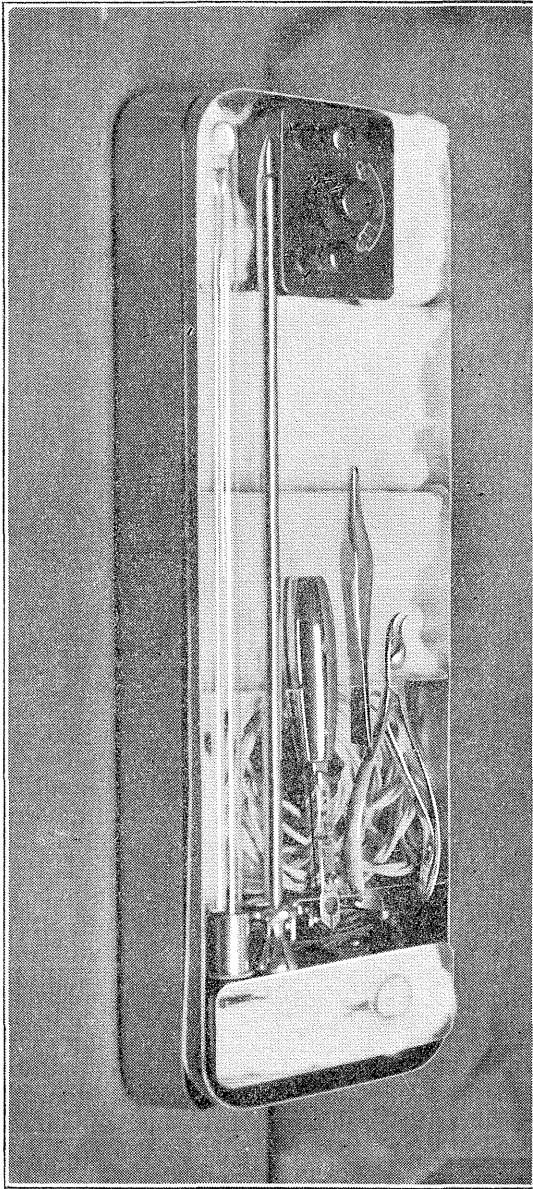


Fig. I

O abdominoscópio desmontado, no seu estojo.

A chapa posterior é formada por duas chapas accessorias afim de que, separadas por um pequeno intervalo, o suficiente para cortar a corrente electrica, sejam ligadas ou desligadas por um simples fechador de corrente que é constituido por uma pequena lamina, fixa á semi-chapa postero-inferior.

As duas chapas, posterior e anterior, tem na extremidade interior um pequeno orificio para a adaptação dos fios electricos provenientes de um transformador da corrente comum. Diferem entre si, no entanto, nas extremidades superiores.

A extremidade superior da semi-chapa postero-superior, apresenta:

1.º) — Um entalhe que termina numa falha maior de metal, de forma arredondada; tem por objeto fixar um dos condutores da corrente electrica á lampada que ilumina o campo de observação;

2.º) — Pouco abaixo existe um dispositivo em forma de forquilha onde se colocam as lentes para melhor aproximação dos campos de observação.

A extremidade superior da chapa anterior é formada, por um pequeno solido otogonal de faces diferentes.

A face superior apresenta um sulco que é a segunda tomada de corrente da lampada acima referida. A face anterior tem um orificio central para a adaptação do pino referido no disco da extremidade proximal da haste metalica. Dito pino é, quando armado o aparelho, fortemente fixo por um parafuso lateral direito. Pouco abaixo apresenta a mesma face, um prisma triangular que se adapta ainda ao referido disco. A adaptação é assim perfeita.

As lentes conseguidas por mim em Porto Alegre apenas me aproximam o campo, dando-me um pequeno aumento.

São lentes levemente concavo-convexas.

A lampada foi-me construida pelo sr. Oscar Metsavaht, na filial da casa Lutz Ferrando e Cia., nesta cidade.

O resto do aparelho foi-me construido na casa Uhr e Cia.

Eis, pois, a descrição rapida do aparelho.

E' ele, como vêdes um aparelho para endoscopia direta. Eu o completarei,, tornando-o de visão indirecta, por meio de um segundo tubo semelhante ao dos cistoscopios em que por disposição especial de lentes e espelhos conseguirei aumentos muito maiores e mais perfeita visão.

Já estou tratando de mandar construir na Alemanha essa parte do aparelho, pois no Brasil não ha quem a faça.

Vejamos, agora, a tecnica que é facil.

Da mesma maneira que na paracentese puncionamos o ventre para retirar, por exemplo, liquido de ascite, fazemos aqui o mesmo mas com um fim semiologico.

Feita a punção, que deve evitar os vasos hipogastricos e as ramificações terminais das mamasias externas, assim como os troncos nervosos da parede abdominal anterior retiramos a haste de metal e deixamos o tubo.

Armando a lampada e a lente adaptamos o suporte ao tubo, podendo assim examinar viscera a viscera.

Si por acaso vem alguma alça intestinal a encobrir o campo é su-

ficiente substituir a ponta penetrante do perfurador pela arredondada, para que, com um pequeno artifício de tecnica a possamos afastar.

Posso dar-vos já alguns dados de tecnica que eu estudei em cães e cadaveres.

A picada da parede abdominal será feita nos pontos eletivos da picada do trocater ordinario e sobre a linha branca.

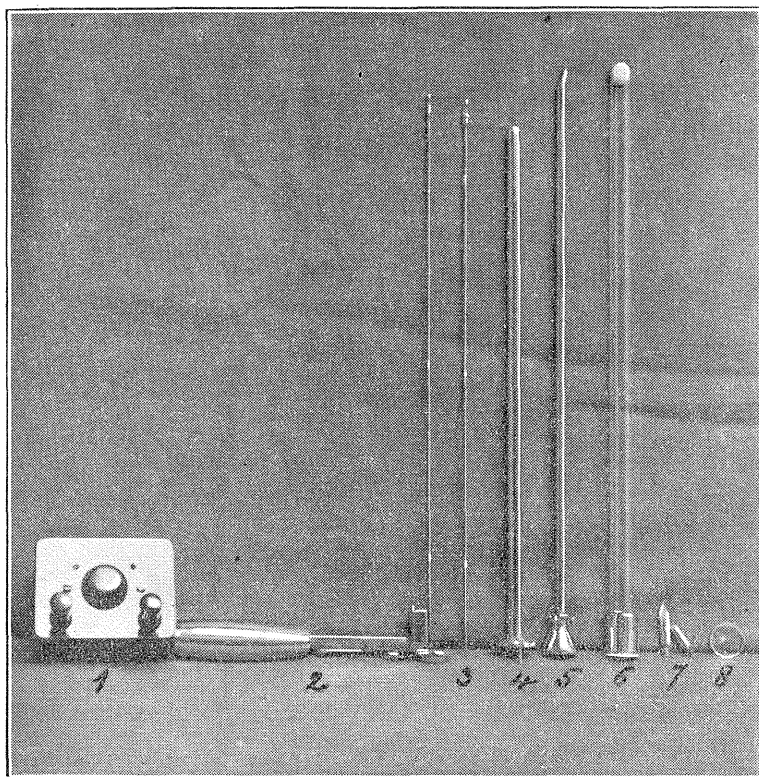


Fig. II. Abdominoscopio.

- 1 — Transformador. 2 — Suporte. 3 — Lampada.
 4 — Tubo. 5 — Trocater. 6 — Porta agulhas.
 7 — Pontas. 8 — Lente.

Facil nos individuos magros, em que se póde fazer uma dobra da parede, defendendo, assim, o intestino, ela se torna perigosa nos gordos. E' para isso que eu mandei construir essa ponta excentrica.

De fato, perfurando-se a parede com essa ponta é quasi impossivel tocar as algas intestinais, desde que se tenha o cuidado de levar a ponta inclinada para a cavidade abdominal. Dessa maneira a ponta depois de perfurar o peritoneo segue-o pralelamente. Além disso nós sabemos como o intestino foge deante dos corpos que o querem atingir. De mais a mais, logo que a ponta penetra, o orificio distal do tubo se encontra na cavidade abdominal.

Sou dos que condenam os exames semiologicos dolorosos e tenho a satisfação de ter verificado, nos animais por mim examinados, que suportam perfeitamente bem o exame após uma simples anestesia da parede abdominal pela novocaina.

Era, de prever isto, aliás, as visceras sendo relativamente insensíveis, unicamente indicando dôres os individuos quando irritados ou distendidas. Um fato interessante por mim observado é que os animais indicavam dôr todas as vezes que tocava o relevo formado pelos rins.

Consegui observar essas experiencias: á direita — o figado, parte da face anterior, o rebordo anterior e parte da face interior -- a vesicula biliar, a parte anterior do estomago, o sulco parieto-colico direito, relevo do rim, colon ascendente desde o cecum até o angulo hepatico — á esquerda: o baço, angulo parieto-colico esquerdo, relevo do rim colon descendente até o reto.

Com facilidade examinei o colon transverso e o intestino delgado.

Na pequena bacia poude com facilidade observar a bexiga e num cadaver de mulher, utero e ovarios.

Como vêdes, muitas visceras puderam ser examinadas e é essa a razão de ter eu mandado construir o tubo do aparelho com 30 centimetros de comprimento, afim de poder com uma só picada examinar quasi todo o conteúdo abdominal.

Encontramos algumas dificuldades, cuja principal é constituida pelo grande epiploon que ás vezes se coloca adiante do aparelho e que é necessario evitar perfurar para que não se tenha que lutar com alguma hemorragia.

Como são o grande epiploon e as alças intestinais os maiores impecilhos para o exame, consegui melhorar a situação pela posição dada aos pacientes. Assim quando desejava examinar o lado direito inclinava-os para a esquerda e vice-versa. Livrava-me assim quasi totalmente deles.

Para examinar a bacia colocava os individuos em posição de Trendelenburg forte, ficando assim com ele quasi inteiramente livre.

Meus senhores, eis em rapido esboço o que tenho feito.

Quer-me parecer que este aparelho tenha um grande alcance futuro. Sob o ponto de vista semiologico ele reduzirá de muito as laparotomias exploradoras, ás vezes tão mortalmente chocantes, além de que, pela sua simplicidade, o exame parece-me pôde ser feito sob anestesia local. Sob o ponto de vista terapeutico, creio, tambem muito auxiliará.

Seu perigo é aquele de uma paracentese e sua tecnica simpliçissima.

Os nossos conhecimentos atuais de propedeutica abdominal são ainda enormemente falhos. Haja vista o que ainda ha bem pouco dizia o genial professor Antonio Cardarelli, no 4.º vol. de suas "Lições de Clinica Medica", á pag. 303:

"Vós sabeis certamente que nenhum diagnostico apresenta maiores dificuldades, nenhum diagnostico traz maiores surpresas que aquele dos tumores abdominais."

Se o grande mestre dizia isto eu me sinto feliz de contribuir para o maior conhecimento do labirinto sintomatologico abdominal.

Perdoem-me o tempo que vos roubei e seja esquecido por vós a pobreza de estilo gramatical para ser encarada unicamente a bôa vontade e o desejo de ser útil á ciencia medica.

Oportunamente trarei o resultado dos exames que realizar com este aparelho que tentarei sempre aperfeiçoar.

Aproveito a ocasião para agradecer ao professor Tomaz Mariante e, a quem em tempo confiei as minhas experiencias, o entusiasmo que sempre me incutiui para prosseguir neste trabalho.”

Atas

Ata da sessão realizada a 27 de Maio de 1932 na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presidente: Otavio de Souza — Secretario: Nino Marsiaj.

Presentes os socios srs. drs. Otavio de Souza, Tomaz Mariante, Pedro Maciel, Annes Dias, Carlos Hofmeister, Alvaro Ferreira, Nogueira Flôres, Florencio Ygartúa, Marajó de Barros, Mario Bernd, Huberto Wallau, Jací Monteiro, Poli Espirito, Valdemar Job, Leonidas Escobar, Ennio Marsiaj, E. J. Kanan, Homero Fleck, Carlos Bento, Hugo Ribeiro, Batista Hofmeister e Nino Marsiaj; o sr. presidente declarou aberta a sessão. Lidas pelo 1.º secretario as atas das duas sessões anteriores foram as memas aprovadas sem emendas.

Em seguida tomou a palavra o dr. Tomaz Mariante que em seu nome e no do dr. Pedro Maciel leu uma conferencia sobre Neuro-fibromatose de Recklinghausen.

Após lêr a observação de uma doente, discutir o diagnostico diferencial faz considerações sobre as relações existentes entre a neuro-fibromatose e a osteite fibro-quística descritas por Recklinghausen. Termina admitindo a existencia de ambos os syndromes na doente em questão.

Posto o assunto em discussão comentam o trabalho dos conferencistas os drs. Mario Bernd, Annes Dias e Ygartua.

Passando-se ás comunicações verbais tomou a palavra o dr. Carlos Bento, que relatou um caso de enfisema sub-cutaneo consequente á ruptura de uma aderencia pleural após a uma aplicação do pneumotorax terapeutico.

Em seguida o dr. Nino Marsiaj comunica ter feito aplicação do Gadusan por via intra-raqueana num caso que ainda está em observação. Trata-se de um doente de 12 anos de idade, que se acha atacado de meningite tuberculosa com exame de liquido cefalo-raqueano positivo para o bacilo de Koch. O orador compromete-se a trazer os resultados dos seus trabalhos, sejam quais forem eles, á Sociedade. Termina justificando a comunicação por acreditar ter sido o primeiro a empregar o Gadusan por esta via no tratamento da meningite tuberculosa.

Comentam esta comunicação os drs. Hofmeister e Ygartua.

Pede a palavra após o dr. Tomaz Mariante para comunicar um caso de terçã maligna, vindo do Espirito Santo, numa mulher gravida atualmente na sua enfermaria.