

Sobre um caso complicado de *Hernia Estrangulada*

Dr. A. Ramos Arruda

Lages (Santa Catarina)

Deu entrada no Hospital de Caridade de Lages um doente, cujo caso me pareceu interessante e digno de divulgação não só pela raridade (não encontrei na literatura médica que possuío e na que me foi possível consultar), como também pelas considerações que merece em torno da atitude do cirurgião deante de casos desta natureza.

OBSERVAÇÃO

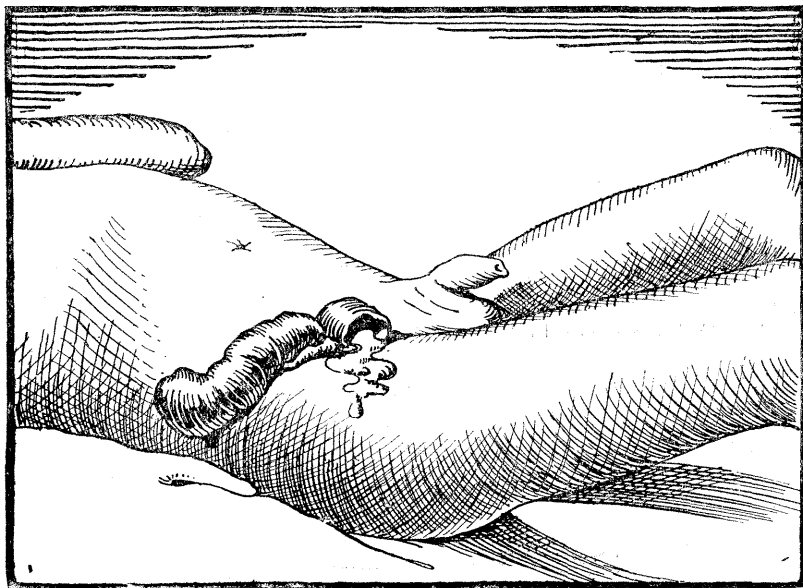
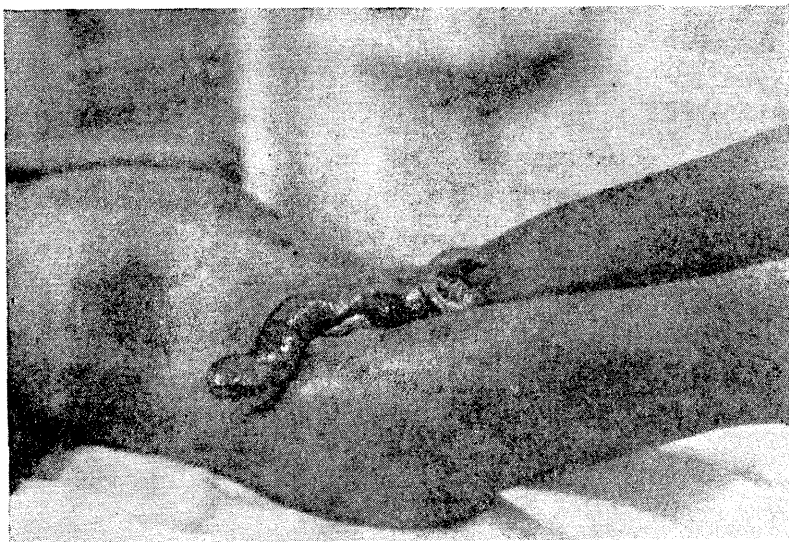
F. A. L., branco, deste município, com 8 anos. — Deu entrada á enfermaria de homens “Dr. Candido Ramos”, sob minha direção, do Hospital desta cidade, no dia 20—6—935.

Historia — Conta-nos o seguinte: Ha mais ou menos 3 mêzes, subitamente, a sua “rendidura” (sic) crescêra, não mais voltando á posição, apesar da manobra tantas vezes repetida com resultado. As dôres aumentaram, sentiu-se mal, com vômitos, suôres frios. Peorou cada vez mais, até que, alguns dias depois, não sabendo precisar quantos, á custa de remedios caseiros, cataplasmas, veio a furo (sic), saindo pús e fézes; mas, que d’aí em diante melhorára e que estava agora bem melhór, que se alimentava bem e até estava engordando; porém, que ás vezes não funcionava bem o anus e, logo peorava e que do pedaço de-cima não safa nada, que este aumentava, mais ou menos, e por ultimo não se recolhia, ficando como estava.

Exame do doente — Fômos encontra-lo em posição “Genu-peitoral”, em cima da meza de curativos, de uma das salas do Hospital. O nosso doentinho apesar-de tudo, estava bem dispôsto e alegre, prestando todas as informações com desembaraço, corrigindo até ao proprio pae. O pequeno, que estava bem nutrido, apresentava sub-ictericia e sináis de estercoremia.

Passámos logo, ao exâme do local, o que só nos foi possível depois de bom banho geral.

Na altura da espinha illiaca anterior e superior direita, a dois dedos transversos para dentro, notava-se, mais ou menos 15 ctms. de intestino delgado exteriorizado, invaginado, aparecendo a mucosa; e, logo abaixo, como se fôra um anus artificial, outra extremidade de intestino, tambem delgado, aderente á parede e em pleno funcionamento, dando saída e fezes semi-liquidas. Depois da limpeza da região e curativo provisório, pedi a um amigo, batesse duas chapas e fizêsse um desenho esquematico, que ilustram esta narrativa, passamos a discutir com o meu



Dezenho esquemático com a extremidade intestinal debaixo, mais saliente, para melhor entender as fotografias.

distinto colega Dr. Celio Ramos, qual deveria ser nossa conduta. Em primeiro lugar era mistér compreender bem o mecanismo, pelo qual se teria formado o caso em questão, e firmar o diagnostico remoto e recente.

Notava-se, ainda, uma pequena fistula na bolsa escrotal direita. A parede completamente macerada e com perda de substancia, não permitia reconhecer os diversos planos e, mesmo, os elementos do cordão.

Antecedentes — Pessoais e hereditarios, sem importancia no caso em apreço.

Diagnostic — Aventurei, então, a seguinte hipótese: Uma hernia inguinal congenita e estrangulada, dando ainda, passagem durante alguns dias, a gazes e talvez materia fecal. A compressão da alça, sem irrigação, trouxe a gangrena isquemica e consequente esfacelo, com perda de substancia, formando-se, pela perfuração do intestino e derrame de materia fecal, no interior do saco, um fleimão pio-estercoral. A medicação, calor (cataplasma) veio concorrer para a abertura expontanea do fleimão, melhorando com o funcionamento do intestino, o estado geral do doentinho. O peritoneo visceral e epiploo, haviam formado adências, isolando completamente o fóco, de pús fézes.

A saída contínua de fézes, a supuração da região, produziu a maceração, com eliminação e perda de substancia, das diversas camadas — tecido celular, aponevrose e saco.

As duas extremidades, adêntes á parede, uma ao lado da outra, funcionando a debaixo á-guisa-de anus artificial e a de-cima, com os movimentos peristalticos, tendo-se esvasiado, invaginou-se, deixando, portanto, para fóra, a mucosa, que não contaminára a cavidade, embora, com o repouso e tração do méso, reduzisse, no inicio, quasi completamente, até que as aderências fixaram a porção que na ocasião estava exteriorisada (15 cmts.).

Escolha da intervenção — O coléga que examinára o doente concordára comigo, na seguinte intervenção: Ressecção da porção do intestino hérniada, sem tração para evitar a ruptura de adências, que protegiam o peritoneo da infecção, sutura e invaginação do côto. Completar e melhorar as condigões do anus artificial, colocando um tubo de Marion, para impedir que as fézes continuassem a maceração da parede, e para que pudesse ser feita a reconstituição, uma vez cedida a supuração da mesma. Resolvemos, então, intervir na manhã seguinte, procurando antes, melhorar o estado geral do doentinho, desintoxicando-o com injeções de sôro glicosado e fisiologico.

Operação — Em presença do coléga Dr. Olavo Marquês, procedemos á intervenção, auxiliado pelo Dr. Celio Ramos, na manhã de 21-6-35, sob anestesia geral pelo eter, com mascara de Ombredanne.

Ressecção da porção herniada do intertino, entre dois "clamps", depois de dar, com agulha de Reverdin, varios pontos, com sêda, na luz do intestino e no méso. Invaginação do côto e pontos de aproximação da pele e músculos, deixando um dreno de borracha na cavidade, por precaução; pois, o doente, no periodo de excitação, rompêra, com os movimentos, algumas adêrencias protetoras. Em seguida, fixação da extre-

midade da alça que estava funcionando, á parede, com pontos de sêda, e bolsa para manter o tubo de Marion e assegurar o bom funcionamento do mesmo.

Deixamos de fazêr a operação radical, por temer a infecção do peritoneo e por causa das péssimas condições da parede.

Sôro glicosado e fisiologico, óleo canforado, etc.

Esperavamos para fazêr segunda intervenção radical, mais tarde, assim que o estado local permitisse; quando, seis horas depois da operação somos chamados com urgência, porque saía sangue pelo dreno. Imediatamente providenciamos para nova intervenção, porque suspeitamos desde logo, da ligadura do mêso, que estava muito friavel, e de adêrências rompidas, para explicar os signaes de hemorragia interna.

Operação radical — Laparotomia aproveitando a ferida que já existia, aumentando-a. Ressecção de intestino e mêso, afim de prepararmos para enteroanastomose. Ligaduras diversas, para hemóstase completa.

Enter oanastomose termino-terminal com catgut, limpeza da cavidade, derramando em seguida, sôro de Behring contra a peritonite na propria cavidade. Sutura de aproximação em um só plano da parede, com sêda, deixando-se trez tubos de borracha na cavidade.

Sôro fisiologico e glicosado, intramuscular, adrenalina, into-cortican, óleo canforado, esparto-canfora, coramina, etc.

Operador, Dr. Accacio, auxiliado pelo Dr. Celio.

Anestesia pelo eter, com mascara de Ombredanne.

Alta por falecimento, 3 horas depois da intervenção, por "schoek"

COMENTÁRIOS

No caso descrito, entre outras, é sem duvida de chamar a atenção, a grande resistencia do nosso doentinho, que durante tres meses conseguiu sobreviver, graças, naturalmente, ao anus iliaco (que poderíamos chamar, antes, natural que artificial).

Quanto ao tratamento, se agora depois do insucesso, podemos dizer que *talvês* andássemos mais acertadamente, fazendo desde logo a operação radical, outra não podia ter sido nossa conduta, pecando, embóra, por excêsso de zêlo.

Quando da discussão da terapeutica, ocorreu-nos aguardar que o estado geral melhorasse; entretanto, as condições do anus (de defesa), cujo funcionamento não era garantido, conforme informava o proprio paciente, poderia agravar ainda mais o seu estado. Por outro lado, pelas razões já expóstas, não era prudente tentar dilatar o orificio do anus iliaco, com velas de Hegar, conforme se usa em anus artificial.

Não poderíamos tambem esperar, arriscando um novo estrangulamento da alça herniada, já duplamente invaginada.

Se não fôra o pavor da infecção do peritoneo, não teríamos feito a ligadura do mêso friavel, sem garantia, como não teríamos deixado adêrências rompidas, sangrando, se bem que pensamos que isso se tivesse dado, durante o transporte do doente para a cama.

Do exposto chegamos á seguinte conclusão: Em casos identicos não hesitaremos fazer, embora contra a maioria dos autores, a operação radical, imediata.

Lages, Julho de 1935.

OBRAS CONSULTADAS

Trattato di Chirurgia d'Urgenza — Felice Lejars — Traduzioni del Prof. Andrea Ceccherelli e del Dottor Giuseppe Ceccherelli.

Atti della R. Accademia dei Fisiocritici in Siena — Ernie Rare — Prof. Giuseppe BoBlognesi e Dott. Giuseppe Salto.

Trattato di Chirurgia Speciale — Dott. Francesco Koenig.

Pathologia Cirurgica — Augusto Paulino.

Précis de Pathologie Externe — E. Forgue.

Cirurgia de Urgencia — F. Lears.

Medicina e Cirurgia de Urgencia — Dr. Nery Machado.

Técnica Quirurgica — Christmann — Ottolenghi — Raffo — von Grolnan.

Notas terapeuticas

Recebemos um exemplar da revista "A Sangria Incruenta", Vol. VIII, No. III, que está sendo expedida a todos os medicos do Brasil.

Esta pequena revista, editada pela "Denver Chemical Mfg. Company", de Nova-York, está repleta de artigos de interesse, escriptos por medicos de varios paizes, e muito embora o objectivo dessa publicação seja o de divulgar o medicamento Antiphlogistine entre os seus leitores da classe medica, estes verificarão que o seu texto e illustrações são de natureza a despertar muito interesse e curiosidade; em summa, vale bem a pena ler esta pequena publicação.

Estamos informados que se imprimiram 1.347.000 exemplares, em nove idiomas, para serem distribuidos aos membros do corpo medico do universo cujos endereços seja possivel obter, com excepção da Russia, Latvia e Bulgaria.

Chemical Mfg. Company", 163—167 Varick Street, Nova York, para que seja inscripto na relação de assignantes, livre de qualquer despezo.