

A anestesia local nas apendicectomias

do serviço da 2.^a cad. de Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre: Prof. Guerra Blessmann

por

Dr. Secco Sichenberg

Chefe de Clinica da 2.^a cadeira de Clinica Cirurgica

Ha alguns anos atraz, Braun, um dos maiores entusiastas da anestesia local, para cujo desenvolvimento muito contribuiu, declarava que a apendicectomia era a intervenção menos propicia para ser executada sob anestesia local.

Com referencia á appendicite aguda, achava que esta afirmação era categorica.

Atribuia os insucessos a uma dificuldade tecnica, de base anatomica, em infiltrar convenientemente o peritoneo; achava que certas posições do apendice e certos estados anatomo-patologicos do mesmo dificultavam, se não entravavam o resultado da anestesia.

Mas as modificações de tecnica introduzidas com o tempo, o cuidado e esmero, dedicados aos processos de anestesia local, modificaram os resultados das anestесias locais nas apendicectomias e hoje obtêm-se em muitos casos ótimas anestесias, que dispensam por completo a anestesia geral.

Alem das vantagens geraes inerentes ao metodo de anestesia local em si, o silencio abdominal, que sempre é observado, facilita muitissimo a intervenção cirurgica.

No serviço da 2.^a cadeira de Clinica Cirurgica, do qual temos a honra de ser auxiliar de ensino, a anestesia local ocupa, desde muito, o primeiro lugar na estatistica das anestесias.

Inicialmente, a apendicectomia era praticada em nosso serviço, sob narcose geral, mas em fins de 1933, nosso diretor, o Prof. Guerra Blessmann, resolveu generalisar o emprego da anestesia local nas apendicectomias.

Entretanto, o Prof. Guerra Blessmann resolveu não empregar a tecnica pura de Braun, tambem citada por Pauchet e Hirschel, modificando-a e completando-a, melhorando assim sensivelmente esta tecnica de anestesia local, como o provam os resultados obtidos.

Devemos entretanto confessar, que, em se tratando de casos de appendicite aguda, bem como nos casos de apendice retro-cecal, especialmente quando este ainda se encontra fortemente encaestado pelas aderencias,

os resultados da anestesia local são menos brilhantes, sentindo o paciente algumas dores.

No primeiro caso, depende este insucesso parcial do processo inflamatório agudo, e no segundo da tração sobre o ceco e apêndice, a qual distende o peritônio e meso-apêndice, tração esta que é indiscutivelmente dolorosa.

Entretanto, mesmo nestes casos, deveremos inicialmente tentar e praticar a anestesia local, que nos traz um invejável silêncio abdominal, que permite fáceis manobras na intervenção. Se for necessário, poucas gotas de éter, administradas na ocasião da extirpação do apêndice (pesquisa, isolamento e extirpação propriamente dita, com o tratamento do coto apendicular), completarão a anestesia.

Nas apendicites operadas a frio, nas apendicites crônicas a anestesia local dá ótimos resultados, como provam os resultados obtidos nas anestésias praticadas em nosso serviço de cirurgia hospitalar. Excepcionalmente os casos de apêndices encastoados, principalmente os de localização retro-cecal.

Seguindo estritamente as regras estabelecidas e não esquecendo nenhum detalhe de técnica, temos obtido anestésias, que nos permitiram praticar as apendicectomias sem o auxílio da ação complementar dum anestésico geral e sem que o paciente sentisse dores.

Assim, pois, somos partidários de iniciar sempre a anestesia dos pacientes de apêndice por uma anestesia local, seguida da administração de pequena quantidade de um anestésico geral, se tal se fizer necessário, o que só acontecer com relativa raridade.

O processo de anestesia local para apendicectomia, usado no serviço da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica, é uma modificação e um aperfeiçoamento da técnica inicial de Braun, ao qual o Prof. Guerra Blessmann acrescentou a anestesia visceral por imbibição de Payr e a variante de Hesse (infiltração do meso apêndice), modificando ligeiramente as linhas de infiltração da anestesia da parede abdominal.

Esta técnica, compõe-se dos seguintes tempos principais, a saber:

- 1) infiltração da parede abdominal (subcutânea e muscular);
- 2) infiltração do peritônio;
- 3) imbibição da região ceco-apendicular, e
- 4) infiltração do meso-apêndice.

1) Para execução deste tempo, devemos começar por praticar quatro botões intra-dérmicos, localizando um, a um dedo transverso para dentro da espinha ilíaca anterior e superior D; outro ao nível do orifício externo do canal inguinal D; o terceiro sobre a linha mediana, na intersecção desta linha com a linha bi-ilíaca; e finalmente o quarto botão, ao nível da linha horizontal que passa pela cicatriz umbilical, na intersecção duma linha vertical, que sobe do botão intra-dérmico, correspondendo ao orifício inguinal externo D.

Desta maneira fica constituído um losango, cujos ângulos devem ser reunidos por linhas de infiltração sub-cutânea, muscular e peritoneal.

Devemos aqui salientar que o losango por nós usado difere do losango de Braun, que é irregular.

Braun localisa o angulo superior, numa linha vertical que parte da espinha iliaca anterior e superior D, logo abaixo do rebordo costal, e deste ponto traça uma linha de infiltração obliqua para dentro e para baixo, que não atinge a linha mediana, terminando uns dois dedos transversos da linha mediana, na linha bi-iliaca. O angulo inferior localisa-se tambem mais ou menos ao nivel do orificio inguinal externo D.

2) Após incisão da parede abdominal, inclusive peritoneo, que deverá ser reparado por pinças de Mikulicks, procede-se a infiltração do mesmo, a partir do bordo seccionado, com linhas obliquas para cima e para baixo, usando 10 a 15 ccs. de solução para cada lado da incisão.

3) Em seguida introduzem-se tres gazes embebidas em solução de néotutocaina (pantocaina dos alemães) a 2%, na cavidade abdominal, uma para dentro, outra para fora e a terceira para cima, mas todas para traz, afastando o intestino delgado e procurando localisa-las na região íleo-cecal (ceco-apendicular), onde permanecerão uns cinco minutos.

4) Uma vez pingado o apendice e exteriorisado suficientemente para podermos localisar o meso-apendice, este deverá ser infiltrado com solução anestésica, antes de ser ligado e seccionado. Por ocasião do pingamento e da exteriorisação o paciente ás vezes acusa ligeira dôr provocada pela tração.

A' solução a 1% adicionamos para 100 ccs. 1 cc. de solução milesimal de cloridrato de adrenalina (Parke-Davis), enquanto que a solução a 2%, destinada a anestesia por imbibição (superficial), deverá ser isenta de adrenalina.

Desta descrição podemos depreender que a tecnica por nós usada no serviço da 2.ª cadeira de Clinica Cirurgica apresenta reaes vantagens e é tecnicamente diferenciada dos outros metodos, pelo que resolvemos denomina-lo, com justiça, de tecnica do Prof. Guerra Blessmann.

Com este processo temos realizado nossas anestésias locais nas apendicectomias, no serviço de cirurgia da 2.ª Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina desta capital, e cujos resultados descriminamos abaixo no relato das observações.

Hans Haylicek preconiza, em seu ultimo trabalho de recente publicação, o uso taxativo da anestesia local nas intervenções quando ha peritonite, principalmente quando estas reconhecem como causa a apendicite.

Usa uma tecnica modificada em relação á que acima descrevemos e afirma que com este processo consegue ótimas anestésias, mesmo nos casos mais agudos.

Sómente um pequeno numero de casos, no momento da manipulação das visceras (apendice, meso-apendice e céco nas apendicectomias, e intestino delgado e grosso nos casos de peritonite) lança mão de algumas gotas de cloretila, em rarrissimas ocasiões utiliza algumas gotas de eter.

Fixemos agora em rapidas linhas a tecnica descrita por Haylicek:

Mais ou menos dois dedos transversos para dentro da espinha iliaca anterior e superior D, localisa-se um botão intra-dermico. Deste ponto parte-se com uma agulha de 8 cm. de comprimento, em direção obliqua pelos tecidos até ao peritoneo inclusive, infiltrando uma faixa mus-

culo-aponeurotica-peritoneal, que corre paralelamente á arcada de Poupart. Em sequencia: grande obliquo, pequeno obliquo e transverso. Após ter-se atingido este ultimo musculo, depois de o ter infiltrado, deve-se nele localisar um grande deposito de solução antesica. Este deposito intercepta completamente a condução sensitiva do peritoneo.

Do botão intra-dermico devem ainda partir duas linhas de infiltração anestésica, a primeira sub-cutanea e sub-aponeurotica e em direção á linha mediana, cortando deste modo a inervação espinal da região ileo-cecal. A segunda linha é dirigida do botão intra-dermico para o ligamento de Poupart, com mais ou menos 2 a 3 cm. de comprimento, e termina a anestesia da parede abdominal.

Comparando as duas tecnicas, a de Havlicek e a do Prof. Blessmann, verificamos que esta ultima apresenta sensivel vantagem, se tomarmos em vista a questão da incisão. Havlicek por suas linhas de infiltração sómente poderá prolongar a incisão operatoria par baixo, emquanto que nós com o losango poderemos tambem prolonga-la para cima, e que ás vezes se torna necessario.

Entretanto achamos de valor a terceira linha de anestesia de Havlicek, tendendo a eliminar a sensibilidade profunda do peritoneo pela anestesia do nervo genito-crural, linha esta que sempre praticamos nas anestésias locais das hernias inguinaes.

Assim, pois, iremos de ora em diante acrescentar mais esta linha de anestesia ao processo por nós usado.

Ainda mais, Havlicek não fecha as linhas de infiltração em baixo e para dentro, emquanto que nosso losango fecha por completo o campo a operar.

Havlicek pode deixar de fechar o circuito anestésico, pois ele usa sempre a incisão de Roux, emquanto que nós empregamos a pararectal, e portanto devemos temer as anastomoses nervosas ao nível do reto abdominal de maneira que, fechando o losango, evitamos a condução sensitiva por possiveis filetes nervosos vindos do outro lado do abdomen.

Já para Havlicek tal não é necessario, pois a incisão é feita em terreno, no qual não devem existir este filetes nervosos.

O legitimo losango de Braun, que é irregular, tambem tem a desvantagem, que ante o nosso apresenta o processo de Havlicek, pois, a linha superior de infiltração, relativamente baixa, impede num caso de necessidade a prolongação para cima da incisão operatoria.

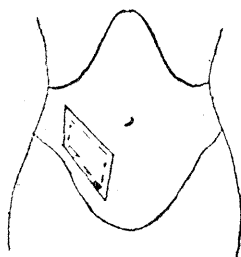
Assim, pois, acreditamos que os melhores resultados podem ser colhidos com associação da tecnica integral do Prof. Blessmann com a terceira linha de infiltração de Havlicek.

A tecnica que temos usado alem das diferenças assinaladas, distingue-se das outras, porque antes da infiltração do meso apendice, lançando mão dum excelente anestésico por imbibição, a neotutocaina, suprimimos no todo ou em parte a sensibilidade mais ou menos acentuada que todos accusam no momento do pinçamento e exteriorisação do apendice.

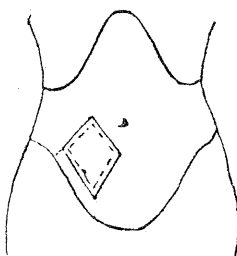
RESUMO

Ao contrario da antiga afirmativa de Braun, os resultados da anestesia local nas apendicectomias podem ser ótimos no que se refere ás apendicites crônicas e relativamente bons nas apendicites agudas, nos apêndices retro-cecaes e nas peritonites.

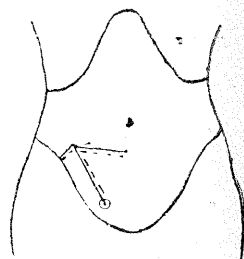
LINHAS DE INFILTRAÇÃO



N.º 1. Braun



N.º 2. Guerra Blessmann



N.º 3. Havlicek

NB: — infiltração sub-cutanea
 - - infiltração intra-muscular

O silencio abdominal observado nas anestésias locais representa a maxima vantagem deste metodo de anestesia, razão pela qual toda a apendicectomia deverá ser iniciada sob anestesia local, recorrendo-se á anestesia geral nos casos necessarios.

No trabalho acima, após descrição das tecnicas de Braun, do Prof. Guerra Blessmann e de Havlicek, fizemos um estudo comparativo das mesmas, concluindo pela maior vantagem da segunda associada á terceira linha de infiltração de Havlicek.

OBSERVAÇÕES

De apendicectomias praticadas sob anestesia local no serviço da 2.^a cadeira de Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Ínicias	Edade	Gravidade	Intervenção
1933			
1 — D. S.	— 22. ^a	— 7249 —	Apendicectomia
1934			
2 — J. L. P.	— 30. ^a	— 931 —	idem
3 — M. G.	— 24. ^a	— 1271 —	idem
4 — S. P.	— 26. ^a	— 1719 —	idem
5 — J. L. D. A.	— 23. ^a	— 1618 —	idem
6 — A. C.	— 25. ^a	— 2982 —	Apendicectomia pelo metodo de Lexer

1934	Iniciais	Idade	Carteira	Intervenção
7	R. W.	24. ^a	3031	Apendicectomia
8	D. I. S.	21. ^a	3452	idem
9	P. A. S.	54. ^a	3072	idem
10	P. S.	37. ^a	4537	Apendicectomia retrograda
11	M. W.	34. ^a	6401	Apendicectomia pelo metodo de Lexer
12	A. B. S.	24. ^a	6616	idem
13	A. A.	22. ^a	6784	Invaginação do apendice
14	N. S. G.	21. ^a	8438	Apendicectomia pelo metodo de Lexer
15	A. P.	18. ^a	9150	Apendicectomia
16	E. M.	30. ^a	9901	Apendicectomia pelo metodo de Lexer
1935				
17	P. R.	28. ^a	484	idem
18	J. R.	29. ^a	1705	Apendicectomia
19	A. J. S.	31. ^a	2833	Apendicectomia pelo metodo de Lexer
20	M. G.	33. ^a	3199	Apendicectomia
21	O. G. P.	41. ^a	4538	Apendicectomia pelo metodo de Lexer
22	O. L.	18. ^a	7101	idem

NB: Nos casos de apendicites crônicas, foi sempre feita a anestesia com a seguinte tecnica:

Anestesia por infiltração da parede, inclusive peritoneo, com uma solução de Neotutocaina a 1 p. mil; e por imbibição da região ceco-apendicular com uma solução a 2 p. mil; em alguns casos infiltração do meso apendice com solução a 1 p. mil.

NB: Os casos acima referem-se a apendicites crônicas e os resultados obtidos foram sempre ótimos.

BIBLIOGRAFIA

BRAUN H. — Die örtliche Betäubung — 6.^a edição.

Leipzig — Johann Ambrosius Barth — 1921.

HESSE, LENDLE, SCHOEN — Allgemeinnarkose und örtliche Betäubung.

Leipzig — Johann Ambrosius Barth — 1934.

HIRSCHEL G. — Lehrbuch der Lokalanästhesie — 3.^a edição.

Munich — J. Bergmann.

KLEINSCHMIDT O. — Chirurgische Operationslehre.

Berlin — Julius Springer — 1927.

FAUCHET V., SOURDAT P., LABAT G. et DORMONT R. — L'anesthésie régionale.

Paris — Gaston Doin & Cia. — 1927 — 4eme. edition.