

Obstrução intestinal por vermes

A proposito de 3 casos

Trabalho feito na 26.^a Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia
de Porto Alegre

Alhos Pereira Grande

Médico interno do Hospital Sanatório Belém
Assistente da 26.^a Enfermaria

Longe de nós está a veleidade de querer apresentar um trabalho original. O que nos traz aqui é unicamente contribuir para um assunto já debatido em sessão anterior dessa Sociedade. Nossa única intenção é colaborar.

Trazemos 3 casos de nosso Serviço; o primeiro, operado em 18-9-1941 pelo Livre-Docente Dr. Cesar Avila; o segundo, pelo Dr. Flavio Valente em 6-2-1942; e o terceiro, por nós, em 20-7-1942.

1.º CASO

S. R. com 6 anos de idade, branca, do sexo feminino, brasileira, residente nesta Capital. Baixou em 18-9-1941 à 26.^a Enfermaria da S. C. M., ocupando o leito n.º 17. Papeleta n.º 10.257.

ANAMNESE

Anterior: Nega qualquer passado mórbido anterior.

Hereditário e colateral: Nada que chame a atenção.

Atual: Informa a acompanhante da pequena, que ha uma semana vem ela se queixando de dor no lado direito do abdômem. Na noite anterior vomitára muito tendo até expellido sangue junto com o vômito. A dor no ventre se exacerbou. Tomou então uma limonada purgativa, tendo piorado. Acusa muita sede.

Tratamento e operação: Foi feita a incisão de Jalaguier e explorado o intestino. Abertura da ampola cecal, com prévia bolsa com fio de seda, retirada de ascaris lumbricoides que determinavam obstrução intestinal. Fechamento da bolsa. Foram derramados sobre o intestino 200 cc. de eter sulfurico.

Operador: Livre-Docente Dr. Cesar Avila.

Auxiliar: Interno Ddo. Flavio Valente.

Anestesia: Geral, pelo Balsoformio.

Alta: Curado, em 22-10-1941.

2.º CASO

M. B. R. com 11 anos, branco, do sexo masculino, brasileiro, residente nesta Capital. Baixou em 6-2-1942 à 26.^a Enfermaria da S. C. M., ocupando o leito número 8. Papeleta número 1.665.

ANAMNESE

Anterior: Nada consta na observação.

Hereditário e colateral: Nada que interesse no caso.

Atual: Ha um mez apresentou dor na fossa iliaca D. e vômitos que passaram após um dia. De ontem (5-2-42) para cá, vem sentindo novamente dor forte, náuseas e vômitos. Foi feita uma lavagem intestinal.

Exame: Dor espontanea e à palpação, na fossa iliaca D. Manobras de Rowsing e Blumberg negativas. Dor no ponto de Mac Boney.

Tratamento e operação: Incisão transversa. Aberto o peritônio, saiu grande quantidade de líquido seroso. Appendicectomy difícil por causa de grande número de aderências. Obstrução do intestino delgado por ascaris lumbricoides. Abertura do intestino, retirada dos ascaris, sutura em bolsa. Foi posto soro contra a peritonite na abertura operatória. Reconstituição da parede.

Operador: Dr. Flavio Valente.

Auxiliar: Dr. Behar.

Anestesia: Balsoformio.

Após a operação foram injetados 10 cc. de soro contra a peritonite, soro glicosado isotônico 250 cc e uma ampola de Cardiazol-Efedrina.

Alta: Curado, em 20-2-42.

Esses dois primeiros casos estão com observações incompletas, em vista da falta de dados existentes nas respectivas papeletas.

3.º CASO

V. S. com 11 anos, branco, brasileiro, do sexo masculino, residente neste Município. Baixou em 20-7-1942 à 26.^a Enfermaria da S. C. M., ocupando o leito número 2. Papeleta número 8603.

ANAMNESE

Anterior: Sofre de colite. Foi amidelectomizado.

Hereditário e colateral: Pais: vivos e fortes. Irmãos: 2, sadios. Avós: falecidos, ignora a causa.

Atual: Está doente ha 8 horas. Seus males surgiram repentinamente, sem causa explicavel, pois na vespera ainda fora a um aniversário onde se detivera em companhia de outras crianças até a meia-noite, tendo comido regular quantidade de doces e tomado licores (causa de seus padecimentos — segundo a mãe do pequeno). Apareceram, inicialmente, dores intensas na fossa iliaca D, dores finas e contínuas. Logo, a seguir, surgiram vômitos alimentares. Como o pequeno não melhorasse,

foi chamado um médico que diagnosticou apendicite aguda, fazendo indicação operatória imediata. Solicitado o concurso da A.P.M., foi imediatamente trazido à S. C. M., onde tivemos oportunidade de examiná-lo e operá-lo. E' preciso que se diga, que o diagnóstico feito por nós e por outros colegas que examinaram o doentinho, foi de apendicite aguda. O exame do paciente nos mostrava taquicardia, taquisfigmia e taquipnea; de sua temperatura não me posso lembrar (não foi registrada na papeleta). O ventre apresentava forte resistência muscular à palpação que exacerbava as dores espontaneas, decorrendo daí, que as manobras e sinais clássicos pesquisados ao nível do abdome ficassem com os seus valores praticamente nulos. Em vista do caso, da concordância de diagnóstico e da informação dos pais, de que cada hora que passava agravava o estado do filho, resolvemos intervir.

Ato cirúrgico: Abertura do ventre por incisão de Roux. Aberto o peritônio, deu saída a bastante líquido seroso. Exatamente sob a nossa incisão se achava uma alça de intestino delgado de cor vermelho negra. Naturalmente fomos explorá-la, tentando a sua exteriorisação por meio de uma pinça anatômica. Mas ao fazermos leve tração sobre a pinça, vimos a túnica serosa da alça, se ir destacando. Abandonamos a pinça, e recorremos à tração com a mão, protegendo a alça com uma gaze. Conseguimos o que queríamos, exteriorisamos a alça, tendo a gaze deixado a sua impressão sobre a serosa. Pelo tato já havíamos concluído do que se tratava... obstrução por vermes, ao nível do intestino delgado. Fizemos previamente uma sutura em bolsa, e incisamos a parede intestinal, não sem primeiro proteger o campo operatório. Por meio de uma pinça, retiramos regular quantidade de *ascaris lumbricoides*, a grande maioria mortos e vários vivos. Fechamos a bolsa, invaginando assim o orifício da parede do intestino. Lavamos a alça com éter, tendo esta reagido mudando a tonalidade da cor, em vista disso resolvemos não resecá-la. Retiramos as compressas protetoras do campo operatório e trocamos de luvas. Retocamos a serosa rompida. Fomos a procura do apendicite. Não foi difícil localizar o cecum que se achava logo abaixo da alça obstruída, e retiramos o apendice, macroscopicamente normal. Ligamos o coto apendicular e não o sepultamos. Colocamos, a seguir, um tubo de Stopton peritornial na cavidade, suturamos a parede por planos, sem deixar dreno.

Operador: Dr. Athos Pereira Granja.

Auxiliar: Ddo. Diniz.

Anestesia: Balsoformio -- Ddo. Tognochi.

Post-Operatório: Logo após a operação foram feitas injeções de Cardiazol e Adrenocortican. Mais tarde, foi feito soro glicosado isotônico — 250 cc, 2 ampolas de Extrato hepático e uma ampola de Streptoclase.

2.º dia — Soro glicosado — 250 cc. Insulina — 5U. Extrato hepático — duas ampolas. Rubiazol — 6 comps. Adrenocortican — uma ampola.

3.º dia — Soro glicosado — 250 cc. Insulina — 5U. Extrato hepático — duas ampolas. Streptoclase — uma ampola. Rubiazol — 4 comps. Adrenocortican — uma ampola.

4.º dia — Rubiazol — 4 comps. Extrato hepático — duas ampolas.

— Como apresentasse diarréia, foi dado Sinuberase — 3 comps. por dia.

5.º dia — Idêntico ao anterior.

6.º dia — Rubiazol — 2 comps. Extrato hepático — uma ampola. Sinuberase — 2 comps.

7.º dia — Idêntico ao anterior.

8.º dia — Extrato hepático — uma ampola.

— Foram retirados os pontos. Cicatrização por primeira intenção.

9.º dia — Extrato hepático — uma ampola.

— Curativo: Nada de anormal.

10.º dia — Alta.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Não é de causar admiração o aparecimento de casos como os que acabamos de relatar. O que se deve extranhar é que não apareçam mais indivíduos com a crise clássica de ventre agudo, onde se irão encontrar os novelos de vermes obstruindo a luz intestinal.

Em estudo feito sobre a incidência da verminose nas escolas públicas de Porto Alegre, o nosso colega Dr. Rubens Mena Barreto Costa chegou a determinar infestações, em certos collegios, em 63,5% das crianças neles matriculadas. Em referência ao interior do Estado, cremos que a incidência da verminose não deve ser menor. Examinando fêzes de escolares dos municípios de Santo Antônio da Patrulha e Ozorio, o Prof. Raul di Primio encontrou uma percentagem de infestação igual a 100%.

Foi com grande dificuldade que encontramos alguma literatura a respeito de obstrução intestinal por vermes.

Os sintomas que estes casos apresentam são os do ventre agudo, mais ou menos intensos, conforme a hora em que atendemos o doente, tardiamente ou logo no início da crise.

O que inicia a crise é a dor, especialmente a dor que o doente localisa ao redor da cicatriz umbelical, à qual alguns autores dão muito valor diagnóstico. Esta dor irradia, geralmente, para a fossa iliaca D, onde se localisa. Daí decorrem os erros de diagnósticos com as apendicites agudas. No entanto, Pavlovsky, nos dá um caráter diferencial — nas apendicites agudas ha hiperpirexia, ao passo que na obstrução verminótica não ha.

Outro sintoma que logo surge é o vômito, sintoma importante, inicialmente alimentar, finaliza por se apresentar fecaloide em fases adeantadas da crise.

Temos também a parada da expulsão de fezes e gases, o que, como diz Mondor, é o principal motivo para urgente socorro cirúrgico.

O timpanismo e maciszez nos dará a percussão, como poderoso subsídio para o diagnóstico topográfico, constatando as zonas que normalmente seriam sonóras, nos facilitando a conclusão da existência de líquido ou alça distendida, dura, dolorosa, compacta, com saliências e depressões, a localisar com precisão a séde verdadeira, única ou múltipla do obstaculo mecânico.

Completando o exame, o toque retal e vaginal nos darão informes precisos, nos permitindo despistar várias entidades mórbidas semelhantes, com as quais é necessário fazer diagnóstico diferencial.

Quando apesar de todos estes recursos de exploração, aparecidos e interpretados conscienciosamente nos seus resultados não se viêr a obter um diagnóstico positivo, teremos que intervir em laparotomia exploradora ou observar o caso.

Relembrando as palavras de Pavlosky, que diz ser a intervenção tardia, em geral, a causa de morte que tanto pesa na estatística dos operados por crises agudas abdominais, preferimos intervir imediatamente, em nosso caso. A expectativa só nos poderia ter prejudicado o doente, pois a alça intestinal cheia de ascaris estava tendendo à necrose; si, pois tivéssemos intervindo mais tarde, iríamos ter que ressecar um segmento do intestino e as probabilidades de cura estariam reduzidas de 25%, talvez mais até.

Tem grande interesse neste assunto uma série de sinais que não será de mais serem lembrados:

1.º — Sinal de Roman — Hipertrofia das papilas linguais contrastando com a cor branca da saburra da língua.

2.º — Sinal de Brugéas — Dispepsia, cólicas secas periumbelicais, fermentações e catarro intestinais, nos antecedentes.

3.º — Sinais nervosos — Asténia, irritabilidade, depressão, prurido.

O novelo de vermes age de duas maneiras: Por ação mecânica e por ação toxico-irritativa, o que provoca sobre o intestino uma contratura espasmodica do segmento atingido (irritação de extremidades nervosas), dando também manifestações à distância, como sejam, fenômenos de irritação peritoniais.

Pavlovsky julga muito graves estes casos e acusa a sua menor frequência nos adultos, dizendo ser até bastante comum entre as crianças. Traz dois casos tirados da monografia de Ruiz Moreno, que determinaram pela morte de duas pacientezinhas de 3 anos de idade.

Recomenda que se opere as obstruções por vermes, dizendo que ha mais risco na tentativa de eliminação pelas vias naturais do que efetuar uma laparotomia precóce, deixando para posteriormente tratar de eliminar os outros parasitas.

Era esta a comunicação que tínhamos a fazer a essa Casa, visando unicamente um fim, como inicialmente dissemos — COLABORAR.

BIBLIOGRAFIA

E. Forgue — Compêndio de Patologia Externa.

A. J. Pavlovsky — Abdomen agudo cirúrgico.

Dr. Alípio Pernet — Oclusões intestinais por ascaris lumbricoides — Hora Médica.

Dr. Rubens Mena Barreto Costa — A incidência da verminose nas escolas públicas de Porto Alegre — C.A.M.,
Porto Alegre, Outubro de 1942.