

Algumas causas de insucesso no tratamento operatorio das ulceras gastricas e intestinaes *)

Prof. Guerra Blessmann.

Desde certo tempo que começamos a travar relações com uma nova classe de doentes que a nós se apresentam, após terem soffrido uma gastroenterostomia, intervenção geralmente praticada para obtenção da cura de uma ulcera gastrica ou duodenal, quando não, como já vimos alguns casos, executada talvez para manter a vaidade de um diagnostico, em individuos que tinham symptomatologia suspeita, nada porém sendo encontrado, depois de cuidadoso exame, durante o acto operatorio.

Nos primeiros fazia-se uma intervenção, segundo uns indicada, nos outros uma operação não só desnecessaria, mas até prejudicial.

Dahi decorre naturalmente uma conclusão; é que o diagnostico deve ser bem fundado antes da indicação operatoria. Esta é alem disto feita, como deve ser, após a falencia do tratamento medico, o que logicamente deveria implicar no levantamento da suspeita de um diagnostico errado.

Recentemente um novo capitulo da pathologia duodenal foi desvendado, e os symptomas que constituem a syndrome clinica da *estase duodenal*, cujos estudos, se bem que recentes, já attingem a um acervo consideravel, pôdem ser confundidos com os signaes clinicos da ulcera gastrica ou duodenal. Tal semelhança pôde ser tão perfeita, que alguns auctores entre elles DELBET e DE VADDER descreveram um typo ulceroso de estase duodenal, o mais frequente de todos. Ha a evolução cyclica das crises, o horario rythmado das dôres, a attenuação destas pelo vomito, pela alimentação ou pelos alcalinos e nem siquer, em alguns casos, faltam a hematemése ou a melena. A interpretação do exame radiologico corrente, chega por vezes a não desvendar o erro. Antes pelo contrario confirma os dados clinicos, reforçando portanto o diagnostico de ulcera.

O exame durante a operação é uma surpresa para o cirurgião e para o clinico; a mais cuidadosa palpação e a mais meticolosa exploração não revelaram a menor

ulcera gastrica ou duodenal e tudo se esclarece quando examinando o duodeno, encontramol-o congestionado e dilatado, por vezes recoberto das membranas que caracterizam a péri-duodenite.

C. B. branco, casado, natural deste estado baixou ao hospital em 16 de Agosto de 1928. O interrogatorio e o exame clinico faziam pensar em uma ulcera juxtapylorica. Confirmação radiographica (radiographia gastrica e 4 radiographias em serie do duodeno) pela presença de uma sombra quasi triangular junto ao pyloro, ao nivel da pequena curvatura, deformando o seu contorno. Tomada como um nicho, pareceu que não deixava duvidas, quanto ao diagnostico de ulcera. Feita a intervenção, cuidadosamente procuramos a ulcera que não foi encontrada na zona indicada, nem em outra qualquer. No ponto exacto que correspondia a sombra radiographica, havia uma fita de 1 cm. de largura, forte e resistente que dahi dirigia-se para cima e um pouco para dentro inserindo-se na face inferior do figado. Pelo aspecto deveria ser uma membrana congenita.

Após a intervenção foi iniciado o tratamento anti-luetico, pois era o paciente um syphilitico. Hoje restabelecido, sem aquella symptomatologia anterior, retomou seu trabalho.

Esta observação vêm perfeitamente reaffirmar o que ha pouco diziamos e si o raio X não foi bem interpretado é talvez porque nem sempre é, nem pode ser exigida a bolha de ar (que no nosso caso não existia) para o diagnostico de nicho.

A parede gastrica, na posição erecta, era repuxada para cima e dahi a deformação do contorno da pequena curvatura. Tratava-se de um falso nicho, ou como alguns auctores denominam de um cone de atração, expressão que julgamos excellente, com exactidão, indicando o modo de formação destas sombras anormaes.

As peri-duodenites, principalmente

*) Trabalho apresentado no X Congresso Medico Brasileiro realizado no Rio de Janeiro.

aquellas em que a membrana deforma a 1.^a porção ou o joelho do duodeno, podem se prestar, em dadas occasiões, á confusão com a ulcera duodenal ou juxta-pylorica.

Devemos pois andar bem attentos e talvez possamos evitar surpresas, quando nos lembrarmos, que na ulcera a deformação é constante e persiste immutavel na forma e na localização, ao passo que nas peri-duodenites, ella é persistente, mas variavel na forma e na séde. E' certo que para estes exames, terem força de nos levarem a taes conclusões precisam ser repetidos varias vezes o que por medida economica não é possível no nosso serviço hospitalar, nem tão pouco quando se trata de doente de escassos recursos.

Não devemos esquecer que certos auctores SLOAN entre elles, affirmam a concomitancia da ulcera e estase duodenal, responsabilizando esta, em virtude da alteração da parede que determina, pelo apparecimento daquella.

Emfim o insuccesso da therapeutica medica em um caso de ulcera juxta-pylorica ou duodenal, deve sempre trazer a mente a possibilidade de um erro, e uma investigação cuidadosa se impõe antes de qualquer incisão operatoria. Gastroenterostomia sem ulcera é um crime, aggravado toda vez que uma estase duodenal era responsavel pelo quadro morbido e onde uma duodeno-jejunostomia seria a intervenção salvadora e indicada.

Como complicação tardia de uma gastroenterostomia em caso de ulcera gastrica ou de ulcera duodenal, pôde surgir a ulcera peptica do jejuno, em geral com symptomatologia um pouco diversa da anterior.

A dôr se localisa á esquerda e não tem relação com a alimentação; melena clinica ou occulta é tambem agora mais frequente. Rebelde a tratamento medico, pôde attingir extrema gravidade, quando perfurando para o cólon, constitue a fistula gastro-jejuno-colica.

Complicação séria, rapidamente acarretando grave desnutrição, tem formal e urgente indicação operatoria.

Lembro-me de um caso, ja ha alguns annos, em que para libertar o cólon fui obrigado a seccionar o jejuno. Suturei o orificio do cólon e refiz a anastomose pelo processo de ROUX, com excellente resultado immediato.

Citam os auctores que os signaes de

estenose pylorica, podem reaparecer algum tempo depois da gastroenterostomia, e apontam principalmente tres causas: a obliteração da bocca anastomotica, a posição defeituosa desta, ou então a presença de adherencias e cotovellos que estreitam a luz da alça jejunal afferente. Adherencias e blastomas malignos ao nivel da bocca anastomotica podem ser tambem responsabilizados mais raramente. Em um caso de obliteração da bocca anastomotica, com o reaparecimento de phenomenos de estenose, tive que executar uma gastropylorctomia. Em um caso de posição defeituosa da bocca anastomotica (muito alta junto a pequena curvatura) augmentei a anastomose até a grande curvatura. Bôas informações do estado destes doentes foram obtidas, depois não houve noticias.

Entre os insuccessos operatorios; podemos sem duvida incluir aquelles que decorrem do processo de anesthesia empregado, pois são sem duvida hoje mais diminutos, com o uso mais dilatado das technicas de anesthesia regional, as complicações pulmonares e o choque operatorio.

Alguns auctores affirmam que uma simples infiltração da parede pôde bastar para uma gastroenterostomia. Si algumas vezes a tentamos, nunca obtivemos resultados satisfactorios e desde 1925 (these do Dr. Bruno Schlatter — Faculdade de Medicina de Porto Alegre) que começamos a lançar mão da anesthesia esplanchnica.

As demonstrações de HOFFMANN, KAPPIS, FRÖLICH e A. W. MEYER demonstraram que as „sensações at dominaes“ conforme a expressão de BRAUN tem como unico conductor no andar superior do abdomen, o systema nervoso sympathico. As fibras sensitivas dirigem-se ao plexo solar e dahi vão para o tronco do grande sympathico, por intermedio dos dois nervos esplanchnicos, o grande e o pequeno, afim de attingir as raizes posteriores dos nervos espinhaes, donde a impressão sensitiva é transmitida aos centros superiores. Anesthesiando-se pois os nervos esplanchnicos, torna-se a manipulação intra-abdominal indolôr.

De inicio empregamos sempre a technica de BRAUN, fazendo cuidadosamente o bloqueio da parede e infiltrando, apóz a abertura da cavidade abdominal, segundo FINSTERER, o peritoneo parietal. Os resultados foram desde logo encorajadores e valerá talvez a pena recordar o primeiro

caso em que utilizamos este processo, si bem que não fosse de ulcera e sim de carcinoma.

M. K. 57 annos, branco, casado, natural da Polonia, baixou a uma enfermaria de clinica medica do hospital em 22 de Agosto de 1925 atacado de pneumonia. A 9 de Setembro foi removido para o serviço de cirurgia. Diagnostico pré-operatório: Neoplasma maligno estenosando o pyloro e comprometendo grande parte da pequena curvatura. Queixava-se sempre de grandes dôres, havia ascite, em resumo com pulso de 130 apresentava máo estado geral, naturalmente ainda aggravado pela infecção pulmonar de poucos dias.

Operamol-o em 11 de Setembro com anesthesia esplanchnica á BRAUN-FINSTERER. A exploração das visceras não provôcou nenhuma dôr. O processo maligno avançava ao grande epiploon que adheria ao meso-colon transverso. Foi impossivel uma gastroenterostomia posterior e fizemol-a anterior.

Durante a operação o pulso do doente cahiu de 130 para 114 e apesar do seu estado geral muito máo, supportou admiravelmente bem a intervenção e o periodo post-operatorio.

10 dias depois a cura operatoria era completa. (These acima referida).

Tal caso é certo contribuiu para o nosso entusiasmo pelo methodo que antes nunca viramos praticar. Continuamos a empregal-o e só lamentavamos que fossem dolorosas e por vezes muito incommodas para o paciente as manobras de afastamento para introdução da agulha. Em varios casos fomos obrigados a fazer o doente inhalar um pouco de ether para levar a cabo a anesthesia.

Após a frequencia de alguns serviços cirurgicos europeus, onde a technica de KAPPIS era correntemente usada, resolvemos adoptal-a. De volta á Porto Alegre, ensaiamol-a systematicamente e concluímos hoje, com algumas dezenas de casos, que a via posterior na anesthesia esplanchnica, tem ao mesmo tempo que, uma vantagem sobre a via anterior, uma desvantagem talvez apparente.

Esta é que em 25% dos casos a anesthesia pelo methodo de KAPPIS, como dizem, falha, necessitando o emprego da anesthesia geral. Em nossos doentes nunca observamos falha completa e as

queixas desappareciam logo as primeiras baforadas de ether dadas com o aparelho de OMBREDANE, que durante toda a operação dahi por diante funcionava em 1 ou 0. A proposito, convêm não esquecer, que certos individuos pusillamines são máos casos para todo e qualquer processo de anesthesia local ou regional.

Como vantagem da technica de KAPPIS recordaremos que logo após a abertura do ventre podemos sem incommodo para o paciente, fazer as explorações e manipulações visceraes necessarias.

Não utilizamos nem tão pouco aconselhamos, por ser um processo ousado, reputado perigoso, o processo de WENDLING por via anterior. Qualquer das modificações, geralmente insignificantes de outras technicas, por via posterior — MARC ROUSSEL, LABAT, NAEGELI e HOFFMANN, parece-nos que podem ser utilizadas com resultado.

Não ha a negar, o auxilio trazido pela anesthesia esplanchnica ás intervenções gastricas é do mais alto valor. Basta compararmos os resultados obtidos depois de seu emprego, com os resultados anteriores, quando era utilizada a anesthesia geral.

Até aqui algumas causas de insuccesso dependentes do diagnostico e da anesthesia.

Agora vejamos alguma cousa sobre os methodos operatorios, si bem que, de inicio, devamos considerar nossa observação, não só recente, como deficiente, dado o ainda relativo pequeno numero de casos em que temos executado a gastropylorotomia.

Começemos a vêr qual o methodo que deve merecer nossa escolha, depois analysaremos causas de insuccesso dependentes da technica particular de cada processo.

Deixando de lado os processos de tratamento das ulceras complicadas, perfuradas ou com hemorragia, queremos focar a questão capital que é a gastroenterostomia versus gastropylorotomia.

Tomemos como firme o diagnostico de uma ulcera duodenal ou gastrica situada na visinhança do pyloro. O methodo de escolha para uma gastroenterostomia deve ser o posterior transmesocolico de VON HACKER, segundo o consenso unanime dos auctores. A cura da ulcera nesta intervenção é obtida pela derivação do trafego do bolo alimentar que atravessa pela bocca anastomotica, diminuindo os

traumatismos da região ulcerada, bem como evitando a acção chimica do succo gastrico, sobre a mucosa ulcerada.

Que este methodo não é sufficiente em muitos casos, basta lembrar os innumerables processos descriptos de exclusão do pyloro, indicados como um complemento a esta intervenção.

Até então os insuccessos eram descriptos e muita vez attribuidos a más technicas de exclusão, pois em certos casos dentro de algum tempo o trafego pelo pyloro se restabelecia, como demonstravam os exames radioscopicos, e em breve as ulceras reabriam ou novas se formavam, voltando ao doente a symptomatologia anterior.

Compulsando estatisticas dos americanos do Norte, francezas e allemãs, diremos que em cerca de $\frac{1}{3}$ ou $\frac{1}{4}$ dos gastroenterostomizados, dentro de algum tempo reaparece a antiga symptomatologia, diminuindo sómente de pouco este algarismo, quando era a exclusão do pyloro executada.

Varios auctores, em diferentes paizes e a julgar pelas publicações nos jornaes medicos, a maioria delles actualmente, aconselham de preferencia a gastropylorctomia.

Sem duvida, intervenção de mais responsabilidade, de technica mais delicada, deveria ter maior mortalidade. Seus defensores dizem que equivale a da gastroenterostomia. E' talvez exaggerado, mas o que não poderemos negar é que dois dos seus principaes argumentos merecem meditação.

Dizem que até quando na gastroenterostomia a cicarisação da ulcera é obtida com a cessação de todo o quadro morbido do organismo, nada se fez em pról da prophylaxia do cancer gastrico, o mais commum dos carcinomas no homem, e que como se sabe tem em 80% dos casos origem em uma ulcera em evolução (ulcera cancer) ou em sua propria cicatriz.

O outro argumento refere-se a já fallada ulcera peptica do jejuno, complicação temivel da gastroenterostomia e que julgam supprimida toda vez que se resecca uma bõa parte da mucosa gastrica, diminuindo a hyperacidez do succo, causa para elles da ulcera peptica.

E' então claro que si sommarmos á percentagem de mortalidade da gastroenterostomia á percentagem dos casos de cancer em gastroenterostomizados e dos

casos de ulcera peptica reoperados e mortos, um equilibrio poderá também ser estabelecido até para estatisticas não muito bõas de gastropylorctomias.

Si para a gastroenterostomia ha mais ou menos um methodo seguido pela quasi totalidade dos cirurgiões, na gastropylorctomia ainda existe uma grande variedade de methodos cada qual preferido por este ou aquelle cirurgião.

POLYA e FINSTERER, dois reformadores dos processos de reseccão gastrica, conseguiram grande acceitação para as suas technicas e fizeram com que os velhos processos classicos conhecidos com a denominação de BILLROTH I e BILLROTH II ficassem um tanto na penumbra.

Entre os poucos auctores ainda defensores do BILLROTH I (só indicado quando as reseccões não são extensas) está HABERER, que diz ser este o unico processo que evita a ulcera peptica do jejuno.

Convem assignalar que estas ulceras não são frequentes após a gastrectomia por qualquer dos outros processos e que os casos descriptos não só são em numero reduzido como até discutidos. Esquece-se este auctor que no BILLROTH I, surgem como complicações post-operatorias mais ou menos tardias, estenoses ou ulceras recidivantes. Não devemos escurecer que também nesta technica não pôde haver, pelas difficuldades que se reveste, tanta segurança na sutura, como no BILLROTH II, no POLYA ou no POLYA-FINSTERER.

Qual desses tres processos deve ser então o preferido!

O fechamento de todo o ferimento gastrico com anastomose a seguir na parede posterior de uma alça de jejuno, passada através de uma brecha mesocolica, como na technica de VON HACKER (gastroenterostomia) não podemos perceber que vantagens apresentará sobre os outros dois processos. Como desvantagem poderá ser encarado o facto de exigir mais tempo para a sua execução.

O POLYA ou o POLYA-FINSTERER são também processos que tem indicações diversas. Em ambos a alça do jejuno passada através do mesocólon será suturada á brécha gastrica ou em toda extensão de sua abertura (POLYA-EISELSBERG) ou em uma parte, quando se faz previamente o fechamento parcial do excesso da brécha gastrica. (POLYA-FINSTERER KROENLEIN).

Difficil não é concluir, que cada uma destas technicas tem indicações especiaes: quando o estomago não é dilatado, a primeira; quando dilatação existe a segunda. De passagem assignalemos que KLEIN-SCHMIDT julga o POLYA indicado, principalmente quando ha hyper-acidez accentuada.

Neste ultimo anno usamos em cerca de vinte gastropylorotomias por ulcera ou cancer as duas ultimas, mas achamos cedo para chegar a qualquer conclusão.

Uma minucia de technica merece ainda atenção.

Muitos auctores fazem e com razão, com o maior cuidado, o fechamento do duodeno, e sigam este ou aquelle processo efficiente (os dois que empregamos foram os de PÄYR ou de MOYNIHAN) por vezes apparecem casos de insufficiencia de sutura ou de ruptura do côto duodenal. E' certo que a insufficiencia de sutura deve na maioria das vezes depender de uma má technica.

A. W. MEYER recommendava grande cuidado na disseccção do duodeno, pois affirmava elle, tracções exaggeradas, podem alterar a nutrição da parede, determinando placas de necrose e hemorragias consideraveis.

Mas como explicar que a technica efficiente de um dos dois processos citados acima, utilisada em muitos casos possa falhar em alguns?

Dos nossos gastropylorotomizados, dois casos tivemos nestas condições, e que para nós constituíram extraordinaria e desagradabilissima surpresa. Em um a ruptura se deu seis dias após a intervenção, no outro na manhã do oitavo dia. A technica cuidadosa e rigorosamente executada em ambas foi a mesma que empregamos em duas dezenas de casos.

Meditando sobre esses insuccessos e levando em conta a epocha da ruptura, seguida de escoamento de grande quantidade de bilis, e attendendo que a cicatrização já devia estar muito adeantada ao nivel do côto duodenal, e que em um dos pacientes não houve eliminção de fêzes, enquanto o outro as eliminava acholicas, julguei raccional pensar em uma obstrução duodenal que pela pressão do conteudo retido determinara o despedaçamento do côto.

E porque esta obstrução?

Só a podemos comprehender, ou por brida, ou por torção, ou por cotovello exaggerado da alça jejunal afferente; em outros termos, só poderá provir ou da accentuação de um estado chronico anterior de estase duodenal, ou por uma estase determinada por uma má implantação da alça jejunal.

Tambem nesta segunda hypothese, é certo uma disposição individual pôde intervir, pois então não haveria necessidade da recommendação de seccionar-se o ligamento de TREITZ toda vez que ella se oppõe a ascensão livre da alça ou sobre ella provoca uma tracção prejudicial pelo cotovello que pode determinar.

Quando já existe um estado anterior de estase duodenal chronica é certo que algum obstaculo se oppõe ao trafego normal, e compete ao cirurgião, portanto, prevenir-se com exame radioscopico cuidadoso do doente, afim de solucionar os casos positivos, na mesma intervenção, evitando dissabôres.

Este assumpto traz a baila uma minucia de technica, que nem sempre está bem descripta. Refiro-me ao comprimento de alça de jejuno a anastomosar.

Em geral os livros de technica, quando se faz a anastomose transmesocolica, aconselham fazel-a com a alça mais curta possivel. Tracções indevidas, serão entretanto observadas, como é facil imaginar, sempre que se tratar de uma resecção alta.

Seguimos o conselho de BARCROFT e COLÉ e ultimamente realisamos sempre as anastomoses a 4 pollegadas do ligamento de TREITZ.

Alguns casos temos operado com alça jejunal longa, passando por deante do côlon transverso e preferimos esta technica, sempre que temos a fazer resecção alta. Não só a sutura da parede do estomago á brécha mésocolica não é feita, o que poderia acarretar forte tracção do méso no caso de côto gastrico pequeno, como tambem parece-nos que com esta technica o transitio intestinal fica mais livre.

Accentuamos que nestes casos se torna imprescindivel uma entero-anastomose, jejuno-jejunostomia, ou, como os allemães denominam, uma anastomose de BRAUN.

Dois casos temos assim operado e tivemos excellente resultado, parecendo-nos que até o soluço e as dôres post-operatorias são muito diminuidas.

Si em algumas formas de ulcera ha possibilidade de acompanhar esta ou aquella escola (gastroenterostomia ou gastropylor-ectomia), nas ulceras terebrantes do pancreas é natural que a ultima tenha maior indicação. Tambem operamos dois casos destes e o resultado até hoje é optimo.

Ainda queremos passar em revista algumas pequenas minucias de technica, que poderão indubitavelmente influir no resultado operatorio.

Os fios a empregar nas suturas, devem merecer attenção.

Sempre empregamos para a mucosa e musciosa, catgut e a sero-serosa fizemos com fio de linha.

Já ha annos lemos uma observação de um trabalho de MAYO sobre este assumpto e de suas conclusões ficou exuberantemente provado, que devia ser sempre banido das suturas internas, o fio não absorvivel, segundo elle a causa de estenose da bocca anastomotica ou de ulceras pepticas.

No caso que já citamos de ulcera peptica, por nós operado, encontramos na sutura um fio de sêda do qual apparecia uma alça no fundo da ulcera.

Alguns auctores empregam de preferencia o catgut chromado.

O emprego de esmagadores ou de pinças de coprostase está hoje quasi abandonado por grande maioria de cirurgiões. Acompanhei em meus casos estes auctores, não empregando esmagadôr a não ser para o duodeno; usei ahi sempre o esmagadôr intestinal de DE MARTEL e a anastomose gastro-intestinal, fiz sempre sem esmagamento ou coprostase; logo que incisava o estomago ou o intestino, lançava mão do aspirador para evitar a contaminação do campo operatorio com o conteudo septico.

A coprostase pôde nos dar uma hemostasia enganadora e o esmagamento além disso pôde com a queda da escara, favorecer o desenvolvimento de focos septicos.

Pinças de coprostase e esmagadores podem ser excessivamente traumatisantes. Só pretendo empregar o esmagadôr gastrico quando tiver que fazer uma reseccão vizinha do cardia, lá onde as suturas são extremamentes difficeis, e como diz PAUCHET quasi sempre falham. O esmagadôr ahi poderá auxiliando a coaptação facilitar a sutura.

Até aqui os casos de insuccesso que dependem de technica impropria ou defeituosa, mas, para terminar não devemos esquecer que o insuccesso pôde surgir nas mãos de cirurgiões de alta competencia e entrenamento, quando rigorosa technica operatoria foi empregada. O insuccesso está então ligado ao doente, ou ao methodo, mas não a technica. Com qualquer methodo operatorio, gastroenterostomias ou gastropylor-ectomias, um esvasiamento excessivamente rapido do conteudo gastrico hyper-acido, pôde acarretar alterações graves e incommodas, acompanhadas de desordens de nutrição e outras, como é facil comprehender, em doentes que além das manifestações de hyper-acidez, accusam alternativas de diarrhêa e prisão do ventre, oriundas de uma deficiente alcalinisação ao nivel do intestino.

CONCLUSÕES

I. Quando o tratamento medico se torna impotenté para o tratamento de uma ulcera gastrica ou duodenal, novo e cuidadoso exame deve ser feito para evitar a possibilidade de um erro de diagnostico e talvez uma intervenção desnecessaria.

II. Entre os insuccessos therapeuticos das intervenções gastricas sem duvida devem ser collocados os que dependem do processo de anesthesia empregado.

III. A nosso vêr são sempre melhores os resultados immediatos sempre que fôr empregada a anesthesia esplanchnica e si ha alguns annos empregamos com resultado a technica de Braun e Finsterer, hoje tambem nos satisfaz a de Kappis.

IV. Entre a escolha do methodo operatorio, gastropylor-ectomia ou gastroenterostomia, é sem duvida a primeira mais indicada pois fornece os melhores resultados tardios. Por isto o cirurgião deve se rodear de todas as condições necessarias para obter uma mortalidade sufficientemente baixa para poder pratical-a sem receio.

V. Nas gastropylor-ectomias preferimos a technica de Polya ou a de Finsterer.

VI. Cuidados especiaes deve merecer o fechamento do côto duodenal. Em um dos dois casos que tivemos de ruptura tardia do côto duodenal, encontramos explicação em uma obstrução por antiga

brida ao nível da terceira porção. No outro caso não nos foi permitida a autopsia.

VII. Sempre que fizemos ressecção alta preferimos a anastomose ante-colica, com alça longa, por ser esta a que evita de preferencia as fortes tracções ou os possiveis cotovellos.

VIII. Com Barcroft e Cole fizemos as alças curtas a 4 pollegadas do ligamento de Treitz.

IX. Empregamos para a sutura sero-

serosa fio de linho e para as outras catgut simples.

X. Ultimamente, levando em conta os conselhos dos que condemnam os esmagadores e as pinças de coprostase, por muito traumatizantes, abandonamos o uso destes instrumentos.

XI. O esvaziamento muito rapido de um conteudo gastrico hyper-acido pôde comprometter o resultado da intervenção, até quando todas as precauções foram observadas e seguida rigorosa technica.

Anemia perniciosa. Resultados do tratamento pelo figado ou seus derivados, em 67 casos. (*Pernicious anemia. Results of treatment with liver or its derivatives in 67 cases*), por W. RICHARDSON. — *New Eng. Jour. Med.* 14 de Março de 1929. (Transcripto da Rev. Lisboa Médica N.º 6 — Ano VI — Junho de 1929).

Morais David.

Depois de Março de 1926 foram tratados pelo figado ou pelo extracto hepático, e seguidos clinicamente, 67 casos de anemia perniciosa. A morte sobreveio em 6 casos, sendo 5 por complicações intercorrentes e 1 por anemia com toxemia. As manifestações do sistema nervoso apareceram em 14 casos, em 7 com sintomas de somenos importância e em outros 7 com sintomas acentuados. A regressão destas manifestações nervosas foi nítida em 8 doentes, moderada em 4, e em 2 não houve alteração na intensidade dos sintomas. É a regra que os sinais do sistema nervoso se modifiquem lenta e demoradamente, mas também é a regra que a sua atenuação se produza desde que os números dos glóbulos rubros se mantenham constantemente elevados pelo emprêgo de quantidade adequada de figado.

Só em um dos casos que constituem o objecto do trabalho se declararam sinais de parestesia e dores nevralgicas em pleno período de tratamento.

A reacção da medula óssea faz-se primeiro pela elevação do número de glóbulos brancos, depois pelo aumento transitório dos reticulocitos e finalmente pelo aumento do número de glóbulos rubros.

A elevação da taxa da hemoglobina, a deminuição do valor globular e a redução no diâmetro dos hematias são simul-

tâneos e posteriores ao aumento do número dos glóbulos rubros. A dose de figado necessária para cada caso é variável e só se pode determinar convenientemente por meio do exame clinico dos doentes.

As transfusões foram limitadas a raras condições de debilidade extrema dos doentes. O ácido clorídrico foi prescrito naqueles casos em que se tornou indicado o tratamento de certos sintomas digestivos.

O tratamento da endocardite sub-aguda pela transfusão de sangue provindo de doadores imunizados. (*The treatment of subacute bacterial endocarditis by transfusion from immunized donors*), por C. KURTZ e P. WHITE. — *New Eng. Jour. of Med.* 7 de Março de 1929. (Transcripto da Rev. Lisboa Médica N.º 6 — Ano VI — Junho de 1929).

Morais David.

Em um caso de *endocarditis lenta* (estreptococo *viridans*) os autores experimentaram a acção terapêutica da transfusão de sangue, com doadores vacinados por meio de culturas mortas do estreptococo *viridans*.

O caso clínico a que se faz alusão vem pormenorizadamente descrito e terminou pela morte, como é a regra nos portadores de tal septicémia.

Não se pôde descobrir qualquer modificação na marcha da doença que de alguma forma justificasse uma interferência favorável do método terapêutico seguido.

Os estudos serológicos repetidos, através das provas de aglutinação, mostraram um título do anticorpo mais elevado no doente do que em qualquer dos doadores de sangue.