Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XX

OUTUBRO DE 1942

N. 10

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Forto Alegre - 1941

Presidente **ÁLVARO BARCELOS FERREIRA**Cat. Cl. Méd. Propedêutica

Vice-presidente
LUIZ BARATA
Doc. Cl. Urológica

2.º secretário
ORLANDO BIANCAMANO

Doc. Cl. Dermatosifiligráfica
Tesoureiro

Secretário Geral

JOSÉ GERBASE

ANTÉRO SARMENTO

l.º secretário

ADAYR EIRAS DE ARAUJO

Doc. Cl. Urológica

Bibliotecário

E. J. KANAN Cat. Int. Cl. Cirúrg. e Ortop.

NINO MARSIAJ Doc. Cl. Médica Direção científica
TOMAZ MARIANTE
Cat. Cl. Médica

Secretário da Redação ALFREDO HOFMEISTER RAUL MOREIRA
Cat. Cl. Pediátrica Méd.

REDATORES

GABINO DA FONSECA
MARIO TOTA
NOGUEIRA FLORES
VALDEMAR CASTRO
PEDRO MACIEL
JACÍ MONTEIRO
MARIO BERND
NINO MARSIAJ
AMÉRICO VALERIO
J. LISBÔA DE AZEVEDO
IVO CORRÉA MEYER
LUIS S. BARATA
HELMUTH WEINMANN
RAUL DI PRIMIO

MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
DECIO DE SOUZA
ANES DIAS
RAUL MOREIRA
PEREIRA FILHO
J. L. T. FLORES SOARES
J. MAIA FAILACE
CARLOS CARRION
ALVARO B. FERREIRA
C. LUPI DUARTE
JOÃO G. VALENTIM
ANTONIO LOUZADA
VALDEMAR NIEMEYER
E. J. KANAN

ASSINATURAS:

0

Ano: 25\$000 — 2 anos: 40\$000 — Estrangeiro ano: 40\$000

Séde da Redação: Rua dos Andradas n. 1117

Caixa postal, 872

Sumario

Grabalhos originais

	Pg.
E. J. KANAN — Tratamento da osteomielite aguda pela resecção	
subperiorística	165
OSW. HAMPE — Das vantagens do funcionamento imediato da	
Neo-Bocca nas Gastrectomias e nas Gastro-Entero-Anasto-	
moses e seu método de realisação	181
moses e seu método de realisação	181

Nas convalescenças: Serum Neuro-Trófico

Tônico geral - Remineralizador - Reconstituinte - Estimulador

— MEDICAÇÃO SERIADA —

Instituto Terapêutico Orlando Rangel Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro





Gratamento da osteomielite aguda pela resecção subperioristica

E. J. Kanan

Docente de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre

A terapêutica da osteomielite aguda tem constituido uma preocupação constante da parte daquêles, que procuram encontrar o meio mais eficiênte de poder debelar o fóco infeccioso ósseo.

E' necessário extinguir o processo mórbido instalado ao nivel do bulbo ósseo duma maneira rápida, a-fim-de poupar o organismo das consequências duma supuração prolongada, e evitar que as lesões se extendam à um limite capaz de prejudicar a morfologia e a função do orgão atingido.

Compreende-se, assim, que um tratamento executado com a finalidade de eliminar a causa da osteomielite aguda, dum modo rápido e eficaz, salvaguardando o organismo de profundas alterações, seja alvo de atenção e de observação dos cirurgiões.

Nos dous últimos decenios alcançou-se um progresso real na terapêutica das osteomielites agudas, podendo ser considerada como um dos problemas cirúrgicos melhor orientado. Não quero dizer que esteja definitivamente resolvido. Mas, posso afirmar, que se possuem meios e diretrizes suficiêntes para resolverem satisfatoriamente grande parte dos casos clínicos.

Talvez, num futuro bem próximo, as fórmas prolongadas e crônicas da osteomielite apresentem um coeficiênte de frequência muito inferior ao atual. E' evidente o grande alcance econômico conseguido por esse meio, fazendo retornar à atividade àqueles que, em outras circunstâncias desfavoráveis, seriam obrigados à uma inatividade de longa duração, acompanhada de danos locais e gerais incalculáveis.

Deve-se ao cirurgião francês, Jacques Leveuf, uma grande parte dos conhecimentos do moderno tratamento da osteomielite aguda. Graças à sua técnica e às suas observações judiciosas que se conhecem noções mais concretas, e uma orientação mais segura na terapêutica dessa infecção.

Conhecedor dos seus trabalhos nesse setor da patologia óssea, tenho procurado pôr em execução os seus métodos no tratamento da osteomielite aguda. E, os resultados conseguidos são amplamente satisfatórios, para que eu continúe a praticá-los até o dia que surja um muito mais seguro.

Não cabem mais as prescrições dogmáticas de Lannelongue, que mandava trepanar sistematicamente todos os casos de osteomielite aguda,

nem tampouco o conselho de Kirmisson para que se limitasse a ação cirúrgica na simples abertura do abcesso periósseo. São tentativas muitas vezes infrutíferas quando não perigosas. A trepanação óssea conduz, em alguns casosa à morte, quando deveria determinar a cura da infecção óssea.

O conhecimento das fórmas clínicas da osteomielite aguda veio revelar, que muitos casos se resolviam expontâneamente duma maneira favorável, com restituição integral da estrutura trabecular, a-pesar-de terem existido lesões comprovadas radiologicamente. E essas fórmas não são raras.

Ora, nessas condições, a intervenção sistemática nos processos infecciosos agudos de localização óssea não é de bôa prática, podendo ser prejudicial a ponto de causar a morte por septicemia.

E' por isso que Jacques Leveuf aconselha a imobilização do membro em aparelho gessado, com um tratamento anti-infeccioso geral energico. Sob um controle da temperatura, do estado geral e local, assim como da hemocultura e dos exames radiográficos da região doente, a orientação terapêutica será firmada conforme a evolução apresentada pela infecção óssea.

Há casos que se curam por esse simples tratamento, e outros que necessitam uma simples abertura e drenagem do abcesso subperióstico. Mas, aparecem fórmas com uma evolução desfavorável, em que a imobilização e a incisão do abcesso não bastaram para que evitassem a continuação da hipertermia, do mau estado geral causado pela toxi-infecção, e do avanço inexorável das lesões ósseas, exigindo uma decisão mais firme e mais eficiênte.

A trepanação óssea nessas ocasiões é insuficiênte, porque póde retirar porções ósseas sãs e deixar grandes zonas necrosadas, tornando a operação de resultados insatisfatórios, e obrigando o cirurgião a intervir posteriormente mais vezes.

O bom senso manda, então, que se faça uma extirpação mais extensa da região infectada, isto é, que se elimine totalmente o fóco infeccioso, à maneira das apendicectomias nas apendicites agudas, contanto que sejam tomadas na devida consideração as indicações recomendadas para a realização do ato operatório.

Foi, ainda, Jacques Leveuf, quem regulou essa importante e útil intervenção — a ressecção óssea subperióstica — quanto à sua oportunidade, aos cuidados pré e post-operatórios, e à técnica cirúrgica. Não foi uma invenção terapêutica dêsse cirurgião, porque a diafisectomia subperióstica era conhecida e executada pelos médicos do século passado. Mas diante dos repetidos fracassos colhidos após a sua realização, çaiu em desuso e esquecimento. Jacques Leveuf, porém, conseguiu fazer da ressecção óssea subperióstica um método terapêutico seguro nas suas indicações e execução. Fez dêle um processo de utilidade prática incalculável e de uso mais corrente.

A ressecção óssea subperióstica póde ser precóce ou tardía, conforme o aspécto das lesões ósseas e da reação do periósteo, mais do que o tempo decorrido desde o início das manifestações clínicas.

E' precóce a ressecção quando fôr realizada durante o período

febril da afecção, apresentando-se o periósteo congestinado e facilmente destacável do plano ósseo. Aliás a radiografia mostra um periósteo espessado, e afastado da cortical da diafise óssea necrosada por uma delgada camada de tecido ósseo de nova-formação, produto de irritação da sua camada osteógena pelo processo inflamatório.

Si a intervenção fôr efetuada numa fase da doença em que a hipertermia tiver declinado, o estado geral denotar uma tendência a melhoria, os fenômenos locais apresentarem uma gradativa regressão, e o
exame radiológico da região infectada revelar uma reação perióstica
avançada então, é considerada tardía. Na ocasião do ato operatório se
verificará que o periósteo não tem mais o aspécto congestionado, achando-se intimamente aderente à camada de tecido ósseo recentemente produzida por êle. Compreende-se, assim, que o seu destacamento é difícil e
prejudicial, uma vez que fica destruida a camada osteogênica do periósteo, tão necessária para a fabricação do osso que deve substituir aquêle
que ficou necrosado pela infecção.

Ora, discute-se, ainda, si haveria vantagens de praticar essa operação nessas condições, uma vez que os seus resultados poderão redundar num completo insucesso, como foi atestado em diversos casos pela ausência completa ou parcial de regeneração óssea.

A ressecção óssea subperióstica póde ser, tambem, considerada como primitiva ou secundária.

Ela é primitiva quando nenhuma outra intervenção armada foi executada anteriormente, em caso contrário será uma ressecção secundária.

O aspécto radiográfico das alterações sofridas pelo periósteo e pela diafise, assim como o exame da zona doente por ocasião da operação, ministram elementos para avaliar a extensão da ressecção óssea. Daí ela ser parcial ou total, segundo se extirpar um determinado segmento da diafise doente, ou se retirar toda a haste diafisária.

Como se póde deduzir do exposto, a indicação e a técnica da ressecção subperióstica não se coadunam a tôdos os casos clínicos de osteomielite aguda.

A sua realização durante o período septicêmico é perigosa, podendo determinar um êxito letal. As condições gerais do paciente não permitem suportar uma operação tão chocante. E' preciso esperar que o organismo se restabeleça do ataque geral toxi-infeccioso, e só agir cirurgicamente quando o processo infeccioso estiver localizado, numa evidente demonstração da capacidade de reação do organismo contra a invasão dos germes patógenos. Ainda assim, a oportunidade operatória é ditada pelas circunstâncias da evolução clínica e radiológica, apontadas acima.

Em última análise, a diafisectomia subperióstica é indicada, principalmente, nas fórmas clínicas de osteomielite em que a infecção está localizada, mas, cuja evolução denotar um progresso das lesões sem tendência para a cura.

Foi, nessas condições, que operei três casos de osteomielite aguda da tíbia, e acompanhei um outro com o Dr. Bruno Marsiaj, em tudo esmelhante aos meus, cujas observações clínicas e documentação radiográfica são aqui apresentadas. Infelizmente, as radiografias do paciente

do Dr. Bruno Marsiaj não se encontram à minha disposição, porisso não posso estampá-las, a-pesar-da autorização do meu distinto colega; mas, a evolução clínica e os resultados obtidos pela ressecção total subperiós-

tica da tíbia são iguais aos demais casos aqui apresentados.

Cada caso é acompanhado por uma descrição suscinta da sua história clínica, do tratamento empregado, e dos resultados conseguidos. Para que não haja repetições desnecessárias, passarei a descrever a técnica operatória nas diafisectomias subperiósticas, e, ao mesmo tempo, acrescentarei alguns detalhes de uma certa importância para a sua completa realização.

A intervenção é executada, em melhores condições de técnica, sob a hemostasia preventiva, por meio dum garrote colocado convenientemente.

A incisão terá a extensão necessária para pór à descoberto a diafise tôda ou uma porção dela, conforme fôr uma ressecção total ou parcial. O exame das lesões, durante a operação, permitirá estabelecer o nivel da ressecção, e, assim, se prolongar uma incisão que tinha sido anteriormente traçada para uma diafisectomia parcial.

Feita a incisão da pele e do tecido celular subcutâneo, se procura chegar ao osso duma maneira que permita aos musculos ficarem aderentes ao periósteo, a-fim-de não prejudicar as vias de circulação sanguínea tão uteis para a elaboração do novo osso. Escolhido o lugar, procede-se

dum golpe a abertura do periosteo pelo bisturí.

Em seguida, com o auxílio duma rugina, faz-se o destacamento do periósteo do plano ósseo subjacente, manobra facil quando se o encontra espessado e hiperemiado. A rugina deverá trabalhar sempre em contato direto à cortical diafisária, poupando o máximo a camada osteógena do periósteo, cuja destruição redundaria na ausência de regeneração óssea.

Desembaracada a diafise do seu envoltório fibroso, efetua-se depois a sua ressecção total ou parcial. No primeiro caso, secciona-se a diafise ao meio por meio do escopro, ou. melhor, da serra de Gigli. menos
traumatisante, e, com uma tenaz segurando o extremo fragmentário, desprende-se o osso da sua ligação com a cartilagem de conjugação, graças
aos movimentos de tração e torção imprimidos à cada uma das metades
diafisárias. Geralmente, a sua separação é facil e rápida, em virtude dos
fenômenos inflamatórios ali sediados que acabaram por determinar um
verdadeiro descolamento dia-epifisário. Acontece, porém, que pódem ficar presos à cartilagem conjugal pequenos fragmentos ósseos, cuja presença poderá acarretar um prolongamento da supuração, que só cessará
quando forem eliminados expontâneamente ou cirurgicamente. Assim é
de bôa prática fazer a sua ablação imediata por meio duma curetagem
branda, dada a facilidade com que se destacam do plano cartilaginoso.

Quando, porém. a diafisectomia é parcial, o nivel da ressecção óssea é determinado pela altura das lesões, passando a serra ou o escopo um cm. acima ou abaixo, segundo o fóco tiver iniciado as suas manifestações mórbidas sôbre a metafise inferior ou superior, respectivamente.

Em seguida, completa-se a ressecção como no caso anterior.

Estando o leito do periósteo vasio, termina-se a sua limpeza fazen-

O Neosalvarsan

existe no mercado em quantidade suficiente para atender qualquer pedido em todas as dosagens.

O Neosalvarsan

deve ser dissolvido conforme as nossas instruções sòmente em água bidistilada ou em sôro glicosado à 10%, o que proporciona uma perfeita solução homogênea e máxima tolerância. Não assumimos qualquer responsabilidade por soluções de Neosalvarsan preparadas com outros meios dissolventes como sejam, extratos hepáticos, soluções de cálcio, etc. que frequentemente estão sujeitas, mais cêdo ou mais tarde, a alteração fora do contrôle do fabricante.



ACETYLARSAN

O PADRÃO DOS ARSENICAES INTRAMUSCULARES

Syphilis
NEURO-SYPHIUS

NEURU-SIPHILIS HEREDO-SYPHILIS

GRANDE ACTIVIDADE
OPTIMA TOLERANCIA
FACILIDADE DE EMPREGO

Acetylarsan para Adultos: Caixas de 10 e 100 ampolas de 3 cc. Acetylarsan Infantil: Caixas de 10 e 100 ampolas de 2 cc.



do correr sôro artificial quente, que eliminar: se age ao mesmo tempo como hemostático. Não se deve de modo algum colocar antisséptico ao seu nivel, porque póde destruir a camada interna do periósteo e dificultar a osteorregeneração.

Levantado o garrote e feita a hemostasia de alguns vasos, que, porventura, ainda sangrem, a orientação a seguir varía conforme se queira fazer a aproximação das bórdas do periósteo, por meio dalguns pontos a catgut, assim como das partes móles por uma sutura, em massa, a cargo de 3 ou 4 pontos a seda, suficiêntes para a reunãio das duas superfícies cruentas, — ou, então, se deixe tudo para cicatrizar por segunda intenção, após a colocação frouxa de gaze esterilizada vaselinada no interior da brecha sangrenta. Eu tenho utilizado o óleo de fígado de bacalhau bruto ou em forma de pomada, para aproveitar as suas já conhecidas propriedades cicatrizantes.

A aproximação das margens do periósteo permite reconstruir o cilindro em cujo interior se moldará a nova diafise óssea, que, de outro módo, se formaria de maneira bruta e anárquica. Dá a impressão que o tubo perióstico serve de mólde e impéde que o tecido ósseo se desenvolva fóra dos seus limites. Entretanto, êsse detalhe de técnica não é destituido, inteiramente, de alguns inconveniêntes como sejam a produção e retenção de pús, que só póde ser evacuado após fazer saltar os pontos de sutura. Mas, si a extirpação do fóco mórbido fôr executada corréta e completamente, a cicatrização se dará em muito melhores condições morfológicas.

Feito o curativo oclusivo, o membro é imobilizado em aparelho gessado na posição de repouso e relaxamento muscular, a-fim-de evitar deformações secundárias. Assim, por ex., na diafisectomia da tíbia, o aparelho gessado abrangerá côxa, perna e pé, com o joelho em ligeira flexão, para prevenir um provável genu recurvatum, e o pé em ângulo réto, para afastar o aparecimento dum equinismo.

Nos segmentos de membro com dous óssos, como a perna e o antebraço, o osso indéne age como tala, e dificulta o encurtamento do novo osso a formar, mórmente quando se usa um aparelho gessado imobilizador. Mas, nos segmentes de membro constituidos por um osso, como a côxa e o braço, o encurtamento e a deformidade pódem surgir em consequência da contratura muscular e da má postura do membro. E' preciso, nêsses casos, empregar uma tração transesquelética, ou por aparelho de esparadrapo, auxiliada por uma goteira gessada bem moldada à fórma do membro. A não observância dessas medidas auxiliares poderá prejudicar em muito os resultados estéticos e fisiológicos da região operada.

O aparelho gessado é fenestrado ao nivel da incisão. O curativo só será removido 4 semanas ou mais após a intervenção, para ser substituido por outro de gaze vaselinada ou com óleo de fígado de bacalhau bruto ou em pomada. Si a temperatura, as condições gerais e locais do paciente demonstrarem a formação duma coleção purulenta, urge a conveniência de se abrir a ferida operatória para se fazer a sua drenagem. Sem essa complicação, é de bôa nórma evitar fazer curativos frequêntes, que só pódem interromper o processo de cicatrização.

A regeneração óssea póde ser acompanhada pelas radiográfias, que revelam o aparecimento da substância óssea 10 al5 dias depois do áto operatório. Ao cabo de 6 a 8 semanas assume um volume muito maior, ocupando duma maneira irregular e anárquica o espaço da antiga diafise. A sua estrutura não é nítida nem uniforme. Havendo zonas de intensa condensação óssea no meio de áreas ósseas descalcificadas. Aos poucos o osso se vai remodelando, tanto na sua fórma como na sua estrutúra, para se aproximar do osso normal. Essa remodelação óssea leva anos para atingir o seu fim, sendo, entretanto, apressada pela função do membro, que atúa intensificando os fenômenos nutritivos.

Não é necessário, contudo, esperar tanto tempo para permitir a utilização do membro, principalmente, quando é ao nivel da perna ou do antebraço. Desde que a formação óssea tenha atingido uma certa proporção para restabelecer o eixo ósseo, a feitura dum aparelho gessado bem moidado póde facilitar a função do membro. Tal é o exemplo duma perna, com aparelho gessado deambulatório, que permite a marcha ao cabo de 60 a 90 dias de diafisectomia. Isso depende, naturalmente, das condições evolutivas de cada caso individual.

O tecido ósseo substituto é de bôa qualidade. As fraturas sucedidas ao seu nivel consolidam normalmente e no mesmo prazo que nos outros óssos integros. Além disso, oferecem uma barreira quáse intransponivel para a localização duma infecção, daí a raridade extraordinária da reprodução da osteomielite sôbre uma diafise de nova formação.

Os resultados imediatos e mediatos são, por vezes, extraordinários. A febre baixa paulatinamente para desaparecer completamente. A persistência da mesma fala em favor dum fóço supurativo, ainda em evolução, que não foi extirpado convenientemente, ou, então, localizado em outra parte do esqueleto. As manifestações clínico-radiológicas posteriores explicarão as condições apresentadas pelo operado, e, ditarão, tambem, a atitude a seguir depois.

O estado geral melhora consideravelmente. Reaparece o apetite, a côr pálida é substituida por uma côr rosea, assim como o paciente começa a engordar. Aos poucos, sai do estado apático e astênico em que o mergulhou o processo toxi-infeccioso, para reintegrar-se ao seu ambiente.

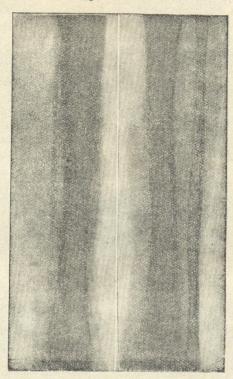
Enquanto se dá essa ressurreição, a cicatrização da zona operada vai avançando.

E' bem evidente o efeito benéfico que resultou da ablação do fóco infeccioso, verdadeira usina de produtos tóxicos que agiam sôbre o organismo todo, debilitando-o profundamente. Si não se procedesse dessa maneira, se assistiria ao enfraquecimento progressivo do doente, enquanto se esperava a formação do sequestro, para depois ser extirpado. Muitas vezes, o indivíduo não resiste, e morre vencido pela toxi-infecção. A ressecção subperióstica evita um fim tão desastrado e coloca o organismo em melhores condições de resistênçia.

Assim, essa intervenção encurta extraordinariamente o período do tratamento da osteomielite aguda, evitando que o organismo fique sob

a ação danificadora do processo patológico, e prevenindo o aparecimento de complicações.

E' essa a impressão que recolhí das minhas observações clínicas, cujos resultados dou mostra aqui duma maneira resumida



Observação I

Fig. 1 — Osteomielite aguda da tíbia direita, vista nas imagens de perfil e face. Data — 18-1-40.

OBSERVAÇÃO I

Nelson G. de O., 13 anos, branco, brasileiro, colegial. Baixou à 8.* Enf.ª da S. C. de Misericordia, em 17-1-1940. Alta, curado, em 10-5-1940.

Há 3 semanas torceu o pé direito, machuçando muito o tornozêlo. Em seguida começou a sentir dôres ao nivel do terço inferior da perna, e, pouco tempo depois, apareceu na mesma região um edema, impossibilitando a função do membro. Febre alta.

Ao exame apresentava os seguintes sinais: dôr localizada sôbre a região metafisária inferior da tíbia direita, edema abrangendo a metade inferior da perna, calor e impotência funcional. Temperatura: 39°4.

Diagnóstico: Osteomielite aguda da tíbia direita.

As radiografias (fig. 1) revelam lesões extensas da diafise tibial, com franca reação perióstica.

Tratamento: Ressecção subperióstica primitiva dos 3/4 inferio-

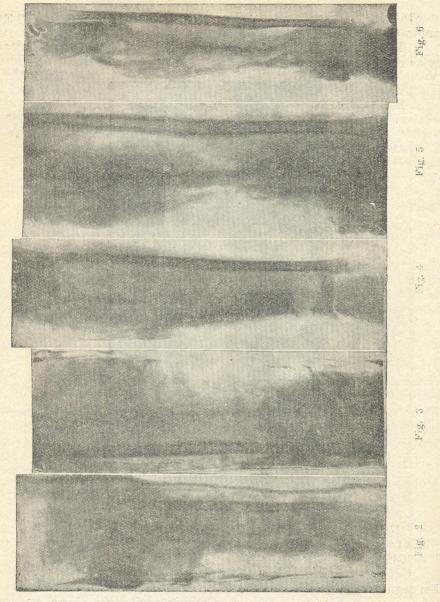


Fig. 2 — Ressecção subperióstica primitiva dos 3/4 inf. da tíbia direita, em 18-1-40. A radio revela um léve esboço de regeneração óssea — 6 dias após a intervenção. Data — 24-1-40.

Fig. 3 — Já se nóta mais nitidamente o tecido ósseo de nova formação — 23 dias após a operação. Data — 10-2-40.

Fig. 4 — Observa se uma maior quantidade de substância 6ssea — 46 dias depois da ressecção. Data — 5-3-40.

Fig. 5 — A néoformação óssea assume maior proporção — 59 dias decorridos da diafisectomia. A radio mostra a existência dum canal medular que se está formando. Data 28-3-40.

Fig. 6 — Por esta radio se póde apreciar a exuberância da regeneração óssea, que toma um caráter anárquico — 76 dias após a intervenção. Data — 15-4-40.

res da tíbia, em 18-140. Anestesia pelo evipan. Vacino e sufamidoterapia concomitantemente.

O periósteo estava espessado e sangrava intensamente. Destacamento fácil. Diafise tibial alterada nos seus 3/4 inferiores. Medula infectada, encontrando-se grande quantidade de pús, no meio de medula degenerada e cercada por fungosidades.

Embalsamento do leito com gaze e pasta de oleo de figado de bacalhau. Cicatrização por segunda intenção, dentro dum aparelho gessado.

Post-operatório normal: a temperatura oscilou entre 36°8 e 38° durante 10 dias, mais ou menos, para estabilizar-se depois entre 36°5 e 37°5; melhoria do estado geral rápida.

A regeneração óssea póde ser apreciada pelas radiografias das figs. 2 a 10.

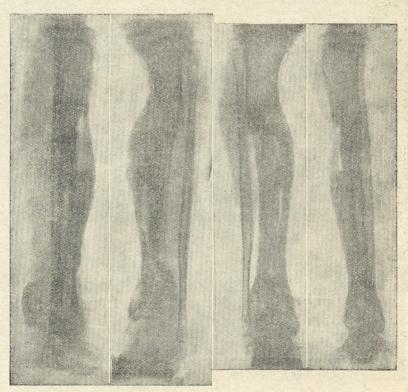


Fig. 7

Fig. 8

Fig. 9 Fig. 10

Figs. 7 e 8 — Dous aspéctos de perfil e face da nova diafise tibial regenerada — 97 dias depois da ressecção. O tecido ósseo apresenta-se bem condensado, mas desenvolvido bem irregularmente. Data - 6-5-40.

Figs. 9 e 10 — Por estas duas radios — tomada 1 ano e 2 meses da diafisectomis — se póde avaliar o grau da reprodução óssea. Já se delínea uma melhor arquitetura da diafise tibial, cuja configuração procura aproximar-se da normal. Tanto a condensação óssea como a estrutura trabecular são de bôa qualidade.

OBSERVAÇÃO II

Francisco F. H., 14 anos, branco, brasileiro, colegial. Baixou à 8.º Enf.º da S. C. de Misericordia em 19-2-1940. Alta curado, em 10-6-1940.

Há um mês e meio, mais ou menos, o pé direito trancou no pedal duma bicicleta, arrastando-o num longo percurso. Sentiu, então, muitas dôres na parte posterior do tornozelo, que diminuiram dous dias depois. Três semanas do acidente começou a experimentar um mal es-

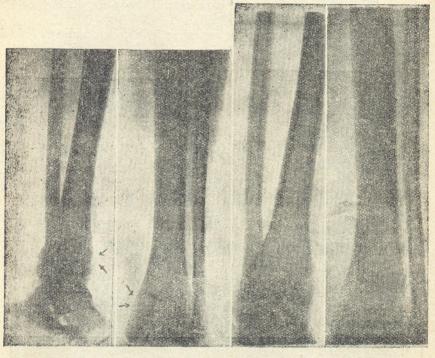


Fig. 11 Fig. 12 Fig. 13 Fig. 14

Figs. 11 e 12 — Osteomielite aguda do terço inferior da tíbia direita. Data — 19.2-40.

Figs. 12 e 14 — As lesões estemiclíticas avançaram mais para cima, no curto intervalo de 7 dias. Data — 26.2.40.

tar geral, com febre, cefaléa, dirréa, dôr e claudicação na perna direita. Poucos dias depois baixou ao Hospital, apresentando ao nivel do terço inferior da perna direita: dôr expontânea e à pressão, edema, calor, e impotência funcional do membro inferior. Temperatura: 39°6. Estado geral profundamente alterado pelo processo toxi-infeccioso.

Diagnóstico: Osteomielite aguda da tíbia direita.

As radiografias (figs. 11, 12, 13 e 14) mostram lesões localizadas ao nivel da metafise inferior da tíbia direita, cuja progressão póde ser avaliada comparando as radios 11 e 12 com 13 e 14 num intervalo de 7 dias de evolução.

Globulos brancos: 17.500 — Neutrofilos: 83%. Hemosedimentação globular, na 1.ª hora — 102. Índice de hemosedimentação globular — 83.5.

Tratamento: Ressecção subperiostica primitiva dos 3/4 inferiores da tíbia direita, em 29-2-1940. Anestesia pelo evipan. Vacino e

sulfamidoterapia concomitantemente.

Tecidos circunjacêntes à diafise tibial esfacelados, infiltrados por grande quantidade de pús. Periósteo destacado, espessado em alguns pontos, e destruido ao nivel da face antero-interna do terço inferior.

Tamponamento do leito do periósteo com gaze e pasta de óleo de

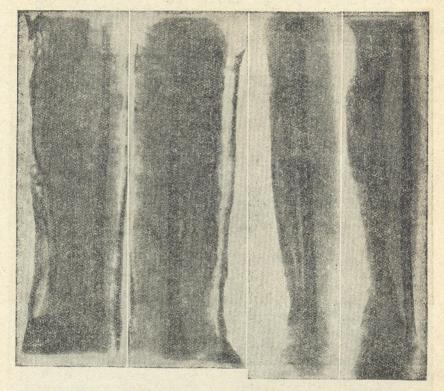


Fig. 15 Fig. 16 Fig. 17 Fig.

Figs. 15 e 16 — Dous aspéctos radiográficos, de face e de perfil, da regeneração óssea tibial — 67 dias após a ressecção superióstica primitiva da tíbia — efetuada em 29-2-1940. A produção óssea está bem adiantada, com uma conformação ainda irregular, mas de bôa estrutura. Data — 6-5-40.

Figs. 17 e 18 — Decorridos 94 días da intervenção — nova diafise tibial apresentase com uma arquitetura ainda anárquica. Mas, o tecido 6sseo apresenta uma bôa condensação. Nota-se a presença do canal medular. Data — 3-6-40. fígado de bacalhau. Cicatrização por segunda intenção, dentro dum aparelho gesado.

Post-operatório: Melhoria consecutiva do estado geral, pela diminuição da palidez, da anorexia e do emagrecimento. A hipertermia demorou alguns dias para declinar nos dias seguintes.

A reprodução da diafise tibial póde ser apreciada nas radios das figs. 15, 16, 17, 18.

OBSERVAÇÃO III

Zelomar D. D., 10 anos, branco, brasileiro, colegial. Baixou à 26." Enf. a da S. C. de Misericordia, em 8-8-1941. — Alta curado, em 10-2-1942.

Encontra-se doente há alguns dias, com febre e dôres na perna es-

querda. Tem emagrecido muito, ultimamente.

O exame do doente demonstrou, além do estado geral profundamente tocado pela toxi-infecção, os seguintes sinais: dôr, edema, calor e

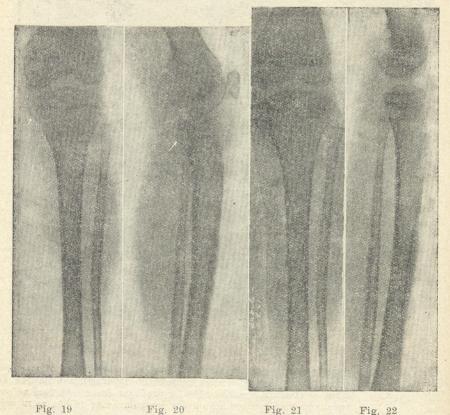


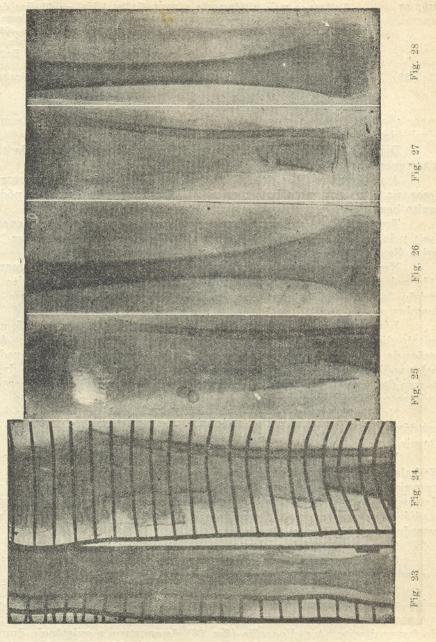
Fig. 19

Fig. 21

Fig. 22

Figs. 19 e 20 — Osteomielite aguda da metafise superior da tíbia esquerda. Data 8-8-41.

Figs. 21 e 22 — Lesões mais extensas da osteomielite da tíbia esquerda — 8 dias mais tarde. Data - 16-8-41.



Figs. 23 e 24 — Já se notam os primeiros sinais da regeneração 6ssea — 10 dias após a diafisectomia subperióstica seundária. Data — 28-8-41.

Fig. 25 — Além da maior produção de substância óssea — 23 dias da operação — nota-se, tambem, que o extremo superior do côto tibial inferior apresenta sinais de rarefação óssea.

Fig. 26 — Fóco secundário de osteomielite aguda ao nivel da metade interna da metafise inferior do femur direito. Data — 10-9-41.

Fig. 27 — Delinea-se mais nitidamente a nova diafise tibial — 40 dias depois da intervenção — a-pesar-do seu aspécto grandemente descalcificado. Continúa em evolução o fóco infeccioso sôbre o côto tibial; a ressecção devia ter sido total. A supuração continúa, e é a causa do retardamento da regeneração óssea da tíbia. Data — 27.9-41.

Fig. 28 — Outra imagem radiográfica da osteomielite do femur direito.

Data — 27-9-41.

rubor ao nivel do terço superior da perna esquerda; flutuação ao mesmo nivel; impotência funcional. Temperatura: 39°5.

Diagnóstico: Osteomielite aguda da extremidade superior da tíbia esquerda.

A radiografia (figs. 19 e 20) revelou uma alteração da estrutura óssea, na altura da metafise superior da tíbia esquerda, como se póde muito bem apreciar nas duas posições, de face e de perfil.

Tratamento: Abertura e drenagem do abcesso periósseo, sob anestesia pelo queleno. Imobilização em tala de Cramer, com o joelho em ligeira flexão. Data: 8-8-41.

Nessa ocasião, foi encontrada uma grande coleção purulenta, mantida sob forte pressão, a ponto de esquichar o pús quando foi feita a incisão do abcesso. Pús com coaquios sZnguineos. Periósteo rôto, osso a descoberto com uma coloração de branco desmaiado.

Léve melhoria do estado geral. A temperatura baixou a 36°5, no quarto dia da operação, para novamente subir a 37°8 no nono dia. As lesões da tíbia continuavam progredindo, como é perfeitamente provado pelas radios das figs. 21 e 22, a-pesar-de ter sido feita a evacuação e drenagem da coleção purulenta, e o membro continuar imobilizado. Prosseguimento do tratamento pela vacina antipiogena e pela sulfamida

No dia 18-8-41 foi praticada uma diafisectomia subperióstica secundária dos 3/4 superiores da tíbia esquerda, sob anestesia pelo balsoformio.

Hemostasia pelo sôro quente, e ligadura dum vaso do periósteo. Embalsamento do leito com a pasta de óleo de fígado de bacalhau, e aproximação das margens do periósteo por quatro pontos distanciados de catout. Sutura da péle, a catout, em três pontos distanciados e intermediários aos precedentes. Curativo oclusivo. Imobilização em aparelho gessado, com o joelho em flexão leve.

Choque operatório violento.

O estado geral melhorou um pouco, mas a temperatura continuou oscilando entre 38° e 36°5, chegando, às vezes, até 39°.

O paciente comecou a se queixar de dôres ao nivel do joelho direito, alguns dias depois da diafisectomia. O exame local veiu revelar um ponto doloroso, correspondente ao lado interno da metafise inferior do femur direito. A radiografia (fig. 26) demonstrou a existência duma segunda localização de osteomielite aguda, sediada sôbre a metade interna da metafise inferior do femur direito. O seu tratamento ficou reduzido à simples imobilização do membro inferior, em aparelho gessado, acompanhado da vacino e sulfamidoterapia. (Vêde figs. 26, 28, 30 e 34).

O resultado da ressecção tibial póde ser verificado pelas radios das figs. 23, 24, 25, 27, 29, 31, 32 e 33.

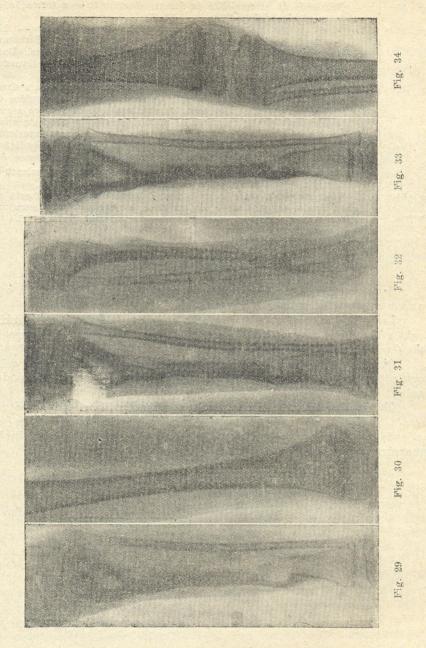


Fig. 29 — Esta radiografia mostra a situação da regeneração 6ssea — 107 dias da intervenção. A produção 6ssea é regular, a sua arquitetura é bôa. Mas, existe um fóco de rarefação 6ssea, em evolução, na extremidade superior. A ligação da néoformação 6ssea com o resto da antiga tíbia não está completa, notando-se, ainda uma zona de rarefação 6ssea com características duma cavidado. Data — 3-12-41.

Fig. 33

Fig. 30 — Regressão da osteomielite do femur, observando-se a formação do processo cicatricial. Data — 3-12-41.

Figs. 31 e 32 — Outro aspécto da marcha do processo osteorregenerador — 196 dias após a diafisectomia. Maior condensação óssea. Estrutura trabecular nítida. Ligação óssea inferior mais acentuada. Data — 28-2-42. Nessa época o fóco superior foi curetado, continuando o membro em bota gessada de ambulação.

— Após 238 disa de diafisectomia, esta radiografia apresenta a situação atual da regeneração tibial. Os fócos superior diminuidos de volume, e em franca regressão. A arquitetura óssea obedece a uma regularidade que se aproxima da normal, não tendo o espécto anárquico apresentado pela regeneração óssea dos dous casos anteriores. Ademais, a cicatrização da péle deu-se em muito bôas condições. O ótimo resultado morfológico é devido à sutura do periósteo e dos planos móles. A função, como nos casos anteriores, restabeleceu-se normalmente, sem nenhuma deficiência. Data — 11-2-42.

Fig. 34 — Vê-se, por esta radio, como o fóco osteomielítico femural está cicatrizado, havendo ainda um trabalho na remodelação da estrutura óssea para adquirir o aspécto trabecular normal. Data — 11.4.42.

RESUMO

O autor apresenta 3 casos de osteomielite aguda da tíbia, em que praticou a ressecção subperióstica da tíbia.

Todos eles, inclusive um outro caso cuja documentação radiográfica não pôde exibir, curaram em ótimas condições, havendo uma regeneração óssea abundante e de bôa qualidade.

Observou um efeito benéfico sôbre o estado geral logo após a intervenção, que veiu colocar o organismo em situação melhor de poder reagir.

Observadas as indicações e contra-indicações, que cada easo requer, a diafisectomia subperióstica é uma intervenção que deve ser praticada nas fórmas localizadas de osteomiclite aguda, cuja evolução demonstrar um progresso das lesões sem tendência a cura.

Das pantagens do funcionamento imediato da Neo-Bocca nas Gastrectomias e nas Gasto-Entero-Anastomoses e seu methodo de realisação.

Osm. Hampe

Desde sua fase inicial, com as idéias de Nicoladone e com as realisações técnicas de Woelfler, em Viena, quando os Billroths e os Von Hackers pontificavam, até nossos dias, tambem, apezar dos aperfeicoamentos que os Von Haberers, os Finsterers, os Moynihans, os Petersens e os Roux tem acrescentado, de maneira ininterrompida, o funcionamento correto da neo-boca na cirurgia gástrica constitue um dos grandes e difíceis problemas destas importantíssimas intervenções, problemas que deram ensejo a estudos numerosos e aprofundados, não só dos autores germanicos, mas de todos aqueles cirurgiões que se dedicaram e dedicam, com esmero, a esta secção de nossa ciência e arte.

O vômito regurgitante, que cessava, em algumas horas, com a cura do operado, ou no fim de vários dias, por êxito letal, ou que persistia de um modo definitivo, por crises curtas e separadas por intervalos mais ou menos longos de trânsito suficiente para a manutenção de uma vida quasi sempre de condições precárias, era e é a expressão sintomática, do-

minante, da deficiência funcional da gastro-entero-anastomóse.

As relaparatomias feitas nos casos de vômitos regurgitantes, postoperatórios, persistentes, na finalidade de suprimir-se o obstáculo ao trânsito, permitiram, com suas constatações, edificar-se o capítulo, de relevância, das causas determinantes e do mecânismo do não funcionamento da neo-boca, capítulo este que, de quando em vez, recebe a contribuição

de nóvos estudos de observação e de interpretação.

Durante o largo período da gastro-entero-anastomóse, predominava a teoria do "circulus vitiosum" de Miculiecz, a qual explicava os graves fenômenos de oclusão da estomia, pelo trânsito, em círculo, do estômago ao duodeno e deste ao jejunum aferente, donde a massa circulante penetrava, novamente, no estômago, para daí, reiniciar o mesmo trajéto ou vice-versa, sem penetrar na alça eferente, o que ocasionava um acúmulo crescente de líquidos na cavidade gástrica, donde era expulso pelo vômito regurgitante.

E o esforço dos operadores concentrava-se, sob o influxo desta concepção, em engenhar um método operatório capaz de impedir o aparecimento de tão perigoso vício de circulação gastro-intestinal, até que Von Hacker, com seu processo de gastro-entero-anastomóse posterior, transmesocólica, a alça curta,, e Roux, com o método de anastomóse em Y. ou Braun, com a anastomóse suplementar latero-lateral, entre as alças aferente e eferente, na gastro-entero-anastomóse precólica anterior de Woelfler, pareciam ter solucionado a questão em estudos, focalisada pelo cirurgião de Breslau.

Com estes progressos, reais, de técnica operatória, chegou-se a con-

siderar resolvido, definitivamente, o problema da estase gastro-duodenal, nas intervenções do estômago. O resultado favorável atingira a tal ponto, que Augusto Bier atribuia aos cirurgiões que, de quando em quando, relatavam alguma observação de vômito regurgitante persistente, o erro de não terem empregado, na Von Haker, a alça curta, porquanto, em suas numerosas intervenções, jamais observara casos desta natureza, imputando, naqueles casos seus de não funcionamento da neo-boca, como causas, a dilatação agúda do estômago, o cotovelamento da alça eferente, a invaginação jejunal intra-gastrica e outros acidentes do período postoperatório.

Tal, realmente, deve ter sucedido a este destacado técnico, porque seu método de sutura, a pontos de Lembert, evitava duas das causas, das mais frequentes, de não funcionamento da anastomose — a orla interna exuberante e a disposição valvular, por excessiva aderência gastro-jejunal, em sua porção distal.

Mas surge a éra da ressecção gástrica e o vômito regurgitante, de quando em vez, se manifesta, como expressão de insuficiência funcional completa e persistente da neo-boca eferente, de modo análogo àqueles do círculo vicioso das gastro-entero-anastomoses.

E como nas gastro-pilorectomias não póde haver círculo vicioso, desaparece, de todo, a teoria interpretativa de Miculicz, a qual, na realidade, não podia resistir nem ao raciocínio e nem aos fatos observados cuidadosamente, pois que a estase póde se processar quando existe um obstáculo anatômico ao esvasiamento gastro-duodenal.

Os estudos radiológicos nos ensinam, tambem, comprovando o que a reflexão clínica e o estudo da anatomia patológica e da fisiologia do trânsito nos relaparatomisados havia estabelecido, que a causa do vômito regurgitante reside na incapacidade de esvasiamento gástrico pela alça eferente.

De uma maneira muito mais frequente do que os vômitos desta categoria, que são muitas vezes mortais e que reconhecem por causa um obstáculo, frequentemente, de natureza definitiva, mas que são raros e tanto mais raros se mostram quanto mais primorosa for a técnica operatória, apresentam-se os vômitos de natureza transitória, os vômitos das 24 ou 48 horas de após a intervenção, e, por sua vez de um modo bastante menos vezes observado do que estes, verifica-se vômitos, que se prolongam por alguns dias, por 3 a 8 dias, e co-relatos com o edema de orla de sutura ou com a sideração neuro-muscular, traumática-infectuosa, da zona visceral trabalhada.

Os vômitos das primeiras horas da intervenção são quasi constantes e reconhecem como causa um não funcionamento da neo-boca, motivado, quer por espasmo do orifício anastomótico, conforme os ensinamentos de Kasper Blond, quer por sideração funcional, muscular e nervosa, da região cirurgicamente traumatisada, principalmente quando, o que deve ser a regra, associa-se ligeira infecção à contusão, de acordo com a lei Stokes, de que o músculo, subjacente a serosa inflamada, paralisa-se

Que seja de natureza transitória o não funcionamento da neo-boca o que constitue um fato muito frequente e do que dá idéia justa a frase de Victor Pauchet "de que todo o operado do estômago vomita e deve, por isso, ter seu estômago lavado prontamente", ou que seja de natureza persistente, definitiva até, necessitando reintervenção imediata para o restabelecimento do trânsito, embóra de prognóstico benígno nos casos da primeira categoria e de prognóstico assaz severo naqueles da segunda categoria, o fato essencial é que os vômitos repetidos debilitam e fazem sofrer aos operados, agravam-lhe o propostico, quando passageiro, e se tornam mortais, quando não suprimidos arurgicamente, nos casos rebeldes, pelas graves alterações humorais a que conduzem.

Mas o que não resta dúvida é que o vômito constitue uma complicação post-operatória de importância, não só pela sua frequência e pelos malefícios que produz, mas tambem porque, às vezes, exprime alterações

de trânsito de natureza grave.

Em cirurgia gástrica se póde afirmar que si um estômago vomita é porque ele não se acha vasio e que si ele não se acha vasio é porque a neo-boca não funciona ainda.

E que se esta neo-boca não funciona é porque se opõe à função, para qual ela foi realisada, como já vimos anteriormente, uma contratura, uma paralisia segmentar, um oedema de orla orificial eferente, uma angulação de intestino ou qualquer uma causa outra.

O não funcionamento da gastro-entero-anastomóse, nas gastroctomias, e tambem nas operações de simples gastroenterostomias, quando o trânsito não continúa a ase processar pelo trajeto normal, equivale, patológicamente, a uma obstrução alta do intestino.

A deficiência alimentar, consecutiva a este fenômeno, apesar das transfusões sanguíneas, dos sôros, da alimentação rectal ou intra-muscular, se faz sentir rápida e perigosamente, sobretudo depois das 48 horas, em consequência da grande perda dos sucos digestivos, com as alterações metabólicas inherentes ao fenômeno.

E' natural que a consciência destes fatos incite, principalmente àqueles que os observaram, em sua clínica, à estudos tendentes a melhorar estas condições, sempre penosas, do post-operatório e, algumas vezes, tambem, perigosas.

A jejunostomia, a moda Moynihan, permite alimentar-se, suficientemente, os depauperados, mas tem tambem inconvenientes que limitam-

lhe, grandemente, o uso.

Mais acertado é, sem dúvida, o método de Witzel, que faz a sonda penetrar pela parede anterior do estômago, tunelisada conforme o conhecido processo deste autor, e, daí, passar ao jejuno eferente, atravez o orifício anastomótico.

Com o emprego adicional imediato desta operação, que, por Witzel, fôra ideada como intervenção de socoerro, a mais simples, nos casos de círculo vicioso, em alguns operados que, devido ao seu estado precário, necessitavam restabelecer suas forças por todos os meios, haviamos conseguido realisar, em grande parte, aquilo que haviamos desejado.

A sua utilidade se nos mostrou ainda maior, quando, visando impedir a deshidratação, perfuramos, lateralmente, o dreno, em seu segmento intra-gastro-duodenal, de modo a drenar o estômago no jejuno, já que o espasmo, a paralisia e o oedema impediam, em geral, a passagem do conteúdo gástrico para o intestino, durante as primeiras horas.

Constatamos então que o vômito não se processava, o que aduzia

uma vantagem incontestavel àquela apresentada, pela possibilidade, que

nos proporcionava a sonda, de alimentação imediata.

Entretanto a jejunosstomia trans-gástrica de Witzel, apezar de ser de técnica realmente fácil, não deixa de ser uma segunda operação ajuntada à principal e que requer o dispêndio de alguns minutos mais para sua realisação, fato a ser ponderado, principalmente, nas gastropilorectomias difíceis, de certas ulceras calosas, perfuradas ou aderidas a de certos carcimonas com metastase ganglionares importantes.

A implantação da sonda póde se tornar difícil em alguns casos de vastas resecções gástricas, particularmente nos longilínios, com ângulo costal muito fechado, e até impossivel, como método simples, em outros casos.

Por isto o emprego sistemático do método de drenagem, imediata, gastro-jejunal, se tornava, praticamente, irrealisável, com o processo de Witzel.

Mas da jejunostomia trans-grástrica de Witzel ao emprego da drenagem gastro-duodenal perdida, à intubação, preventiva e curativa, da

neo-boca, havia apenas um pequeno salto de ideiação.

E a analogia com o uso de drenos de goma, perdidos, na cirurgia das vias biliares, bem como a noção da propriedade do intestino de expulsar pelas vias naturais não sómente os corpos estranhos, em si contidos, mas tambem aqueles, inicialmente exteriorisados em relação ao tubo digestivo, após preliminar processo de interiorisação, nos autorisavam a colocação de um dreno perdido, de dimensões razoáveis, na neo-boca gastro-intestinal eferente, de modo a nos ser possivel uma imediata alimentação do operado e evitarmos os vômitos, com seus multiplos inconvenientes.

Conseguia-se, assim, com esse tubo, todas as vantagens do processo de Witzel, sem seus señões.

Em um minuto ou, até, em menos tempo, se o póde colocar em qualquer tipo de ressecção gástrica ou de anastomóse e a sua eliminação se saz naturalmente.

O uso deste dispositivo de drenagem, de início, destinado apenas aos casos, supra-referidos, de operados em más condições, deante dos resultados favoráveis e da singeleza da técnica, tornou-se sistemático em nossa prática de cirurgia gástrica.

Como tubo drenante, empregamos um segmento de sonda Nelaton de N.º 18 a 20, de 5 a 8 cm. aproximadamente, de comprimento, vastamente perfurada e com as arestas salientes arredondadas a fogo.

Este tubo é fixado, por um ponto de Catgut, à parte posterior e inferior da orla interna de sutura, no início da curva inferior da anastomóse, de maneira que uma porção de 1 a 2 cm. de extensão fique den-

tro do estômago e a restante pentre na alça eferente.

O dreno conserva-se nesta posição durante alguns dias. E quando, pela digestão fagocitária do catgut ou pelo desprendimento do fio, por incisão, progressiva, de contato, dos tecidos, nos quais se fixa o ponto, houver ele, dreno, sido eliminado, já sua presença se torna, na imensa maioria das vezes, completamente desnecessária, pelo fato de dever estar, então, funcionando, com plena eficiência, a neo-boca.

A inocuidade deste processo parece-nos ser completa e sua utilidade muito grande.

Bastaria, a nosso ver, a supressão prática dos vômitos post-operatórios, para justificação cabal de seu uso.

Mas sua ação benéfica não se limita a suprimir os vômitos habituais e a permitir a alimentação imediata dos operados. Seu efeito favorável deve ir, muito provavelmente, mais longe ainda.

A razão nos diz, e as experiências cirúrgicas tal confirmaram com o método de Witzel, que sua ação se extende, tambem, àqueles casos embéra raros, em que erros de técnica, disposições anatômicas ou complicações operatórias condicionam graves fenômenos de obstrução da gastro-enterostomia.

Assim a intubação gastro-jejunal, nos casos de obstrução por oedema de orla de sutura exuberante, o que não constitue raridade age de um modo preventivo e curativo. Preventivo por evitar as manifestações dependentes da incapacidade funcional da anastomóse e curativo por dar tempo a reabsorpção do oedema e ao estabelecimento do trânsito, de maneira que o estado patológico passa, sem ter havido expressão isintomatológica.

A disposição valvular, ao nivel do orifício eferente, depende do erro de técnica de se fazer aderir, em extenção excessiva, as paredes do intestino e do estômago. Com a paralisia do segmento traumatisado pelo intervenção, principalmente quando o intestino é, congenitamente estreito, nesta primeira alça, a zona gastro-jejunal aderida cae sôbre a luz do conduto eferente e o obstrue de maneira geralmente grave.

A função de drenagem, neste caso, é, intuitivamente de resultado favorável.

Durante os dias de permanência da intubação, oedemas se reabsorvem, partes da válvula, mortificadas pela ação dos pontos, eliminam-se, o processo siderativo, de natureza traumática e infectuosa, desaparece e o peristaltismo se restabelece, e póde haver, assim, cura de um estado patológico grave, que tambem, neste caso, passará desapercebido. E no caso em que este fato não se processar, o que os fenômenos obstrutivos da neo-boca revelação, quando a sonda intubadora se deslocar, a ação da drenagem, em questão é ainda das mais valiosas, pelo fato de permitir uma relaparatomia de correção, em condições, relativamente favoráveis; grandemente melhores, em todo o caso, do que aquelas nas quais devem ser, sem este artifício, reoperados estes doentes.

A dilatação agúda do estômago de acordo com o que, atualmente, é conhecido sôbre ela e sôbre o seu tratamento, não deve ser mais observada nos casos em que fôr usada a drenagem tubular da gastro-enterostomia.

O processo de trombóse gastro-duodenal, que notáveis analogias mostram com a trombóse intestinal nas obstruções, deve tambem encontrar ação preventiva no funcionamento pronto e correto da anastomose, pelo fato de este estado patológico ser, muitas vezes, corelato com a ectasia do tubo digestivo. Esta ectasia diminue a velocidade da circulação local e condiciona a alteração do endotélio vascular, pela ação irritante

de substâncias ou de germens que passam da cavidade dilatada para o sistema vascular.

Na angulação da alça eferente, que deve ser observada mais frequentemente nos métodos de sintese gastro-jejunal, com orifício de saida ao nivel da pequena curvatura, de conformidade com a teoria do isoperistaltismo e da Magenstrasse de Waldayer, a presença do dreno deve agir de modo idêntico àquele sup descrito, em relação com a obstrução da neo-boca, por dispositivo valv

Alguns outros transtornos, de relação imediata com o não funcionamento da neo-boca e, por conseguinte, com os vômitos pédem ser prevenidos por este método.

A deiscência da sutura gastro-mesocólica deve se tornar não existente, e as consequências deste acidente não devem mais ser observadas.

Uma complicação grave, verificada, de quando em vez, no período post-operatório, imediato, das úlceras duodenais, não extirpáveis, e nas quais se pratica a ressecção gástrica paliativa de Finsterer, é constituida pera perfuração da citada lesão na cavidade peritonial. Este acidente, que tem sido verificado com relativa frequência, para deixar de ser uma coincidência e tomar o lugar de complicação post-operatória importante, é causado pelo aumento da pressão intra-gastro-duodenal, em consequência do não funcionamento na neo-boca, aumento de pressão este que é contínuo e que, nos esforços de vômitos, atinge ao seu ponto mais elevado.

Si suprimirmos esta hiperpressão intra-gastro-duodenal e os vômitos que a exacerbam, teremos feito a terapêutica preventiva apropriada. Estas condições são preenchidas, suficientemente, pela intubação da estomia.

Quer nos parecer que, por ação semelhante a que acabamos de relatar, a drenagem deve agir, favoravelmente, no sentido de prevenir a fistula duodenal, evitando a tensão das suturas, mórmente naqueles casos em que o fechamento do couto se torna difícil, em consequência do estado e da quantidade dos tecidos de que, para isso, se dispõe.

Concluindo este artigo, fazemos, aos interessados neste assunto, o pedido de sua contribuição, para um estudo mais vasto e profundo dele.

E assim procedemos, porque a isso nos autorisa nossas observações de gastro-piloretomias e de algumas gastro-entero-anastomóses, realisadas nestes três últimos anos.

Com o uso do dispositivo de drenagem imediata, o post-operatório se torna uniformemente muito bom.

A alimentação adequada póde ser dada, imediatamente, já na própria mesa de operações, antes da remoção para o leito.

Os vômitos praticamente, deixam de existir, e do tubo de Fauche não nos temos lembrado mais.

E aqueles que experimentarem este processo verificarão, muito provavelmente, que os dizeres de Pauchet de que "todo gastroctomisado vomita e que, por isso, deve ter seu estômago prontamente lavado", podem ser substituidos pela afirmação de que "todo o gastroctomisado em que se fizer uma drenagem intra-gastro-jejunal imediata, não vomita e não precisa sofrer lavagem de estômago".