

c) — Processo de FRANK:

1.º tempo — Incisão paralela ao rebórdo costal.

2.º tempo — Preso por um fio, o estomago é retirado da cavidade e uma dóbra sua fixada pela base ao peritoneo parietal.

3.º tempo — Dous centímetros ácima da primitiva incisão da parede do ventre, pratica-se uma segunda, só interessando a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo.

Descolla-se a pelle no intervallo que separa as duas incisões parallelas.

4.º tempo — Uma pinça, introduzida na incisão superior, faz o cone estomacal passar no tunnel sub-cutaneo, indo ser fixado na abertura superior.

Aberto o ápice d'esse cone, n'elle introduz-se a sonda. (Fig. IV).

5.º tempo — A incisão primitiva é fechada com dous planos de suturas. O plano inferior reúne, com *catgut*, a camada muscular.

A fistula de FRANK é, sobretudo, indicada nas atresias cancerosas, que exigem uma fistula duradoura.

Nas atresias cicatriciaes, quasi sempre remediaveis, ha o inconveniente de não fechar-se a fistula de FRANK espontaneamente, quando affastado o tubo.

Tal fistula é diversamente apreciada. A BIER deu ella optimos resultados em todos os numerosos casos em que a praticou.

O tunnel sub-cutaneo não deverá ser muito curto, o que tornaria recto, mais tarde, o canal obliquo.

Outra condição essencial para o bom exito é que a abertura do musculo grande recto seja fechada densamente, em torno da base do cone estomacal.

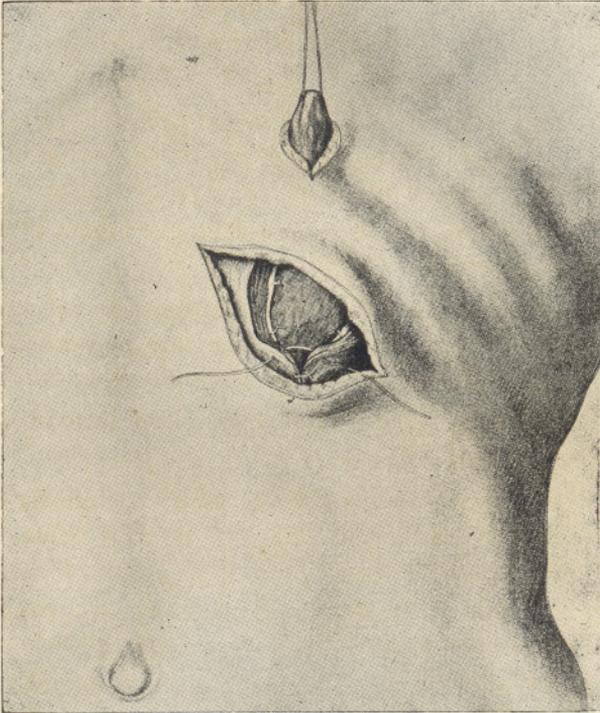


Fig. IV — Fistula de FRANK.

A base da dobra estomacal está costurada junto do peritoneo parietal e o ápice, foi levado para fóra da incisão superior.

Está em inicio a costura do musculo recto.

Este methodo encontra difficuldades d'applicação, quando o estomago está muito enrugado. Entretanto, póde-se, ás vezes, distender este orgão, por meio de tracções lentas e repetidas.

*

d) — Processo de FONTAN:

1.º tempo — Incisão de FENGER.

2.º tempo — Uma pinça traz um cone do estomago para fóra da incisão. A base do cone é unida aos labios da ferida parietal, por uma sutura com crina de Florença, feita em corôa e unindo as serosas visceral e parietal.

3.º tempo — Com a pinça que segura o ápice do cone, invagina-se este, até além da sutura praticada em sua base. Obtem-se, assim, um fundo de sacco, em fórmula de dedo de luva. Retirada a pinça, puncciona-se o fundo de sacco. Mais tarde, FONTAN modificou este tempo, punccionando o ápice do cone antes de invaginal-o e ali introduzindo uma sonda de NÉLATON (1).

4.º tempo — Pratica-se em torno do tubo de borracha, uma sutura sero-serosa, com fios de *catgut* e fecha-se a incisão da parede abdominal.

*

e) — Processo de SENN:

E' uma modificação do de FONTAN. Consiste em passar, na tunica sero-musculosa do cone estomacal,

(1) POIBIER modificou o processo de FONTAN, descollando, no ápice, só a tunica sero-musculosa e punccionando a tunica mucosa, a unica invaginada.

duas alças de *catgut* perpendiculares ao eixo d'este cone e que lhe fórman um cólo, quando cerradas, á semelhança dos cordões d'uma bolsa. A'cima d'estas, outras alças são collocadas e mesmo uma terceira camada.

Aberto o ápice e ahi introduzida a sonda, é tudo invaginado e o estomago fixado ao peritoneo parietal.

Para MOYNIHAN, é este o melhor methodo de gastrostomia, pois diz o grande cirurgião inglez: (1) "This is the operation which I have used for the last five years. It is, in my judgment, *the best* operation, for these reasons: it is simple, speedily performed, effects a perfect valvular opening, and does not involve, as do some of the methods, a sacrifice of some part of a stomach already reduced in size for the purpose of forming a cone which is pulled through an incision in the abdominal wall to lie beneath the skin"

*

f) — Processo de KADER:

Ao idear o seu processo, KADER reuniu a technica do de WITZEL ao resultado funcional do de FONTAN, com o fim de evitar a direcção recta que, mais tarde, toma o canal obliquo de WITZEL.

1.º tempo — Incisão de FENGER, camada por camada, até o peritoneo.

2.º tempo — Presa uma dóbra do estomago, em seu cume, abre-se um orificio, onde é introduzido um tubo, que as suturas de *catgut* fixam á ferida estomacal.

(1) MOYNIHAN — Abdominal Operations — pag. 300.

3.º tempo — Fôrma-se duas dóbras da parede gástrica, de modo a circumscreverem uma gotteira, no centro da qual está a sonda. Algumas suturas de LEMBERT reúnem as duas dóbras.

4.º tempo — Para fóra d'estas duas orlas salientes, fôrma-se mais duas dóbras, que são igualmente suturadas, ao lado da sonda e fixam o estomago á parede abdominal. (Fig. V e VI).

5.º tempo — Sutura da incisão.

Além de simples (MIKULICZ executou-o em dez minutos, n'um doente), o processo de BRONSLAW KADER dá uma completa continencia da fistula e tem grande tendencia a fechar-se expontaneamente, quando não mais empregado o tubo.

*

Qual o methodo de gastrostomia a adoptar?

E' difficil a resposta. Cada cirurgião nutre preferencias por um processo, n'elle mais praticando.

A'cima, transcrevi a defeza que faz MOYNIHAN do processo de SENN; não occulta BIER a sua preferencia pelo de WITZEL; fazendo uma critica de todos os methodos, BRAQUEHAYE mais elogia o de FONTAN.

Os processos de WITZEL, KADER, FRANK e FONTAN têm dado, todos, magnificos resultados e se iguallam em valor.

A adopção d'um d'elles, em especial, é quasi sempre dependente do gosto de cada operador.

Outras vezes, porém, o estado do estomago, mais ou menos enrugado, impõe um ou outro dos methodos.

Aqui, como em tudo, é preciso haver eclectismo.

*

Terminada a intervenção, um simples curativo de gaze esterilizada envolve o tubo e é seguro por faxas

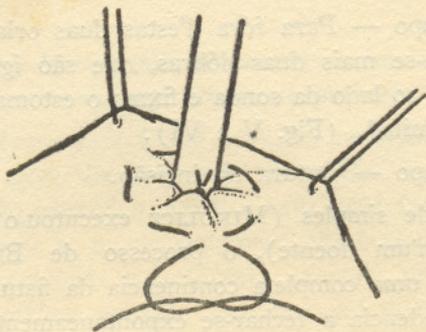


Fig. V — Eschema da fistula de KADER.

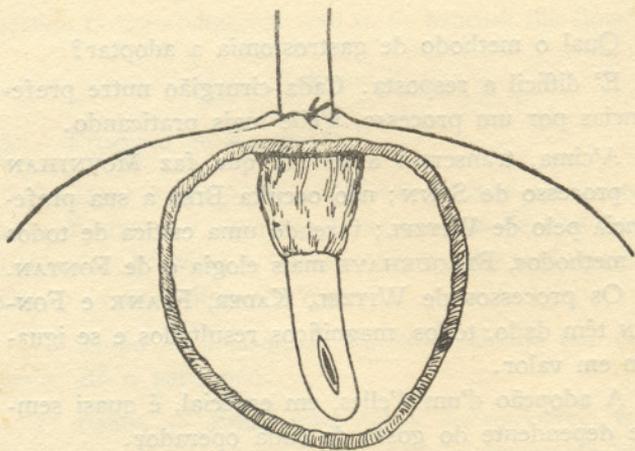


Fig. VI — Fistula de KADER, vista de dentro.

de esparadrapo. O tubo é fechado com uma rolha de madeira, ou com a pinça de MOHR. Se usou-se a

anesthesia local, a alimentação poderá ser iniciada poucas horas depois; se houve chloroformisação, é prudente esperar-se a cessação, dos phenomenos que lhe são proprios. Pelo funil adaptado á sonda, alimenta-se o doente com leite, caldos, ovos, succo de carne, "champagne", etc., attendendo ás suas preferencias por este ou aquelle alimento.

*

No que respeita aos accidentes immediatos á gastrostomia, a rigorosa asepsia e a antisepsia evitam a peritonite. Quando esta surge, nem sempre depende da intervenção, pois o cancer do esophago póde propagar-se ao peritoneo, d'onde a peritonite mortal.

Mais frequentes são os accidentes pulmonares (pneumonia, congestão, broncho-pneumonia), que Roux (de Brignolles) provou serem de origem reflexa, produzidos pelas lesões nervosas feitas na abertura do estomago.

Se não viér, na fistula de WITZEL, a cicatrização "per primam intentionem", poderá o canal alargar, determinando a sahida do conteúdo estomacal. Corrige-se o mal, affastando a sonda por algum tempo e só usando-a no momento da refeição. Esta attenderá ao axioma de PETIT: "pouco e muitas vezes".

CAPITULO IV

Observações

A) — **Fistulas de Witzel**

Obs. I

G. Y., natural d'este Estado, branco, solteiro, com 58 annos de idade, operario da Fabrica Kappel, em Triumpho. Recolhido á 4.^a secção da Santa Casa d'esta capital, papeleta n.º 3658. Atresia completa do esóphago, causada por um tumor maligno. Operado pelo Prof. WALLAU, em 18 de setembro, 1915, sob anesthe- sia chloroformica. Teve alta, a pedido e em boas con- dições, no dia 8 de out. 1915. Até essa data havia, pois, uma sobrevida de 20 dias. As nossas indaga- ções, pedidas para Triumpho, não lograram resposta.

Obs. II

J. A. A. L., natural do Rio de Janeiro, branco, casado, com 47 annos, actor dramatico, residente n'esta

capital, á rua General Canabarro. Recolhido á 4.^a secção. Atresia cancerosa do esóphago, proximo ao cardia. A reacção de WASSERMANN deu positivo fraco: + o.

Operado pelo Prof. WALLAU, em 9 de maio de 1916. Fiz a anesthesia mixta, pelo chloroformio e ether. Minimo abalo trouxe a intervenção. Ao paciente, porém, illustrado como era e de fino trato, muito repugnava o alimentar-se pela fistula gastrica. Nada lhe valeram os consolos recebidos e, em 18 de maio, arrancava a sonda da fistula, n'um momento de revolta, ao mesmo tempo pedindo a sua alta. E' de supôr que, voltando ao seu lar e longe do olhar dos seus companheiros de enfermaria, o paciente tenha voltado a usar da sonda, pois ainda viveu até outubro do anno findo, época em que li a noticia do seu fallecimento, por conseguinte 5 mezes após a operação.

Obs. III

E. R., natural da Russia, branco, casado, com 78 annos, jornaleiro, morador em Marianna Pimentel. Estenóse esophágica, determinada por um neoplasma maligno. Entrou em 30 dez. 1916, na 4.^a secção. Anesthesiado pelo chloroformio, operou-o o Prof. FRANCO, em 25 de janeiro, 1917. A pedido, teve alta, em melhores condições, no dia 8 de fevereiro d'este anno. Até essa data, havia, pois, sobrevida de 15 dias.

Obs. IV

E. P., natural d'este Estado, branco, casado, com 45 annos de idade, jornaleiro, aqui residente, recolhido á 4.^a secção em 10 de setembro 1917, papeleta 2965. Da anamnese a que o sujeitei, nada de importante co-

lhi. A reacção de WASSERMANN deu o resultado positivo nitido: ++ 0. Confirmada a syphilis, recebeu o paciente duas injeccões de neo-salvarsan. Anteriormente, já recebera varias injeccões de atropina, com o fim de firmar ou excluir o diagnóstico d'um espasmo puramente nervoso. Ambos os tratamentos não causaram melhora da dysphagia. Acehtuando-se esta, foi levado aos raios ROENTGEN. A radioscopia mostrou ser causa da atresia um neoplasma, alto de 6 centímetros, mais ou menos, e situado ao nivel do manúbrio esternal. Nem uma gotta da solução bismuthada transpunha o obstaculo. Diagnosticado o neoplasma, provavelmente um syphiloma, já antigo e rebelde ao tratamento especifico, a operação foi feita no dia 10 de outubro. Praticou-a o Prof. FRANCO, a quem auxiliei, estando a anesthesia chloroformica a cargo do doutorando SEIXAS.

O paciente recuperou suas forças e passa bem até esta data, 10 de novembro. Por estar diagnosticada a syphilis, recommçou-se o tratamento especifico, com fricções de pomada mercurial.

B) — *Fistulas de Frank*

Obs. V

J. S. M., natural d'este Estado, côr mixta, casado, 37 annos de idade, operario, morador em Belém Novo. Internado na 4.^a secção, em 23 de agosto, 1911, apresentando completa atresia do esophago, devida a um tumor maligno. Foi operado pelo Prof. WALLAU, em 1.^o de setembro de 1911, com anesthesia local, pela novocaina e adrenalina. Vinte e sete dias após a inter-

venção, o paciente deixou o hospital, em muito boas condições, não mais dando noticias do seu estado.

Obs. VI

A. B., d'este Estado, côr mixta, viuvo, 41 annos de idade, curtidor, residente á rua Aurora, recolhido á 4.^a secção em 14 de dezembro, 1915. Feita a laparotomia pelo Prof. WALLAU, mostrou ser a atresia do esophago inferior e do cardia produzida por um tumor maligno da pequena curvatura estomacal, com metastases ganglinares multiplas, principalmente do ligamento gastro-cólico. A intervenção, com anesthesia chloroformica, foi praticada em 28 de dezembro, 1915. Cinco dias depois, a 3 de janeiro, o paciente pedia alta, sahindo muito melhorado.

Obs. VII (Clinica particular Prof. WALLAU)

D.^a R. M., natural d'este Estado, casada, côr branca, com 50 annos de idade. Attingida d'um carcinoma da larynge, esta senhora foi a Montevidéo, onde a larynge, juntamente com o neoplasma, foi totalmente extirpada.

De volta a esta cidade, dous annos depois reproduziu-se o carcinoma, invadindo a pharynge e o alto do esophago. A fistula gastrica de FRANK, praticada pelo Prof. WALLAU, ainda permittiu uma sobrevida de 15 dias a esta senhora, que veiu a fallecer d'uma abundante hemorrhagia, produzida pelo neoplasma.

Obs. VIII (Clinica particular Prof. WALLAU)

“Em fins de janeiro de 1915, estava eu veraneando na praia da Cidreira, situada nas plagas do Atlantico,

quando, a pedido d'um amigo, attendi á consulta de um parente seu, que se me apresentou, dois dias após, conduzido n'uma pequena carreta puxada a bois e deitado sobre um colchão.

J. D. F. era um homem de estatura regular, branco, casado, de 45 annos de idade, natural do municipio de Conceição do Arroio, onde possuia pequena estancia, occupando-se com a criação de gado.

Sua molestia começára ha um anno, mais ou menos, mas ha muito tempo já soffria do estomago, não podendo supportar certos alimentos, que lhe produziam azia, eructações e até mesmo dôres. Taes symptomas ora desappareciam repentinamente, ora duravam algumas horas, até que se manifestasse uma ou varias evacuações que, muitas vezes, eram muito liquidas e de muito máu cheiro.

Ha 6 mezes, mais ou menos, principiára a sentir um empecilho ao nivel do esophago, principalmente quando ingeria carne ou algum outro alimento solido, pois sentia que desciam com difficuldade para o estomago e faziam uma parada mais ou menos longa, só vencida quando bebia alguns goles de agua ou d'outro liquido qualquer.

Tal difficuldade crescia dia a dia até que, já havia um mez, o paciente nem mais uma gotta d'agua podia beber. Tudo o que engolia estacionava n'um ponto (que elle localisava um pouco ácima do appendice xiphoides) e em pouco tempo era regeitado.

Já fôra em consulta a varios médicos, inclusive um que gosava de grande fama como miraculoso operador, sem, todavia, ter obtido a minima melhora com as suas applicações e remedios e agora só esperava que eu lhe valesse, pois do contrario morreria de fome

e (o que ainda peór era) da horrivel sêde que, dia e noite, o martyrisava.

Pelo historico e mais do que pelo exame a que procedi, conclui que só poder-se-ia tratar d'uma este-nóse do esophago, assestada pouco ácima do cardia e que o unico meio de salvar-lhe a vida seria a pratica d'uma gastrostomia, aliás perfeitamente indicada, ainda mesmo que com o só intuito de minorar-lhe os males e alongar-lhe a existencia, por mais algumas semanas.

Não lhe seria, porém, possivel resistir — extremamente fraco e depauperado como se achava o seu organismo, já em cachexia — a uma viagem em carreta, a unica conducção apropriada ás suas condições actuaes, viagem que duraria 4 e meio a 5 dias.

N'estas condições, o unico alvitre a seguir era praticar a operação no proprio lugar, apezar das condições precarias das habitações (1) e da difficuldade em obter uma sala de operações mais ou menos em condições. A unica habitação que se prestava para tal fim era a minha, construida toda de madeira, coberta tambem de telhas de madeira e o tecto tambem forrado de taboas.

A sala de jantar era espaçosa, com bastante luz e resolvi aproveitá-la para sala de operação. Mandeí á cidade um proprio, a cavallo, afim de trazer os instrumentos e o mais necessario para a intervenção.

Felizmente, achavam-se tambem, no mesmo lugar, 4 estudantes de medicina dos cursos superiores, meus discipulos, os srs. O. GAYER, R. PILLA, C. MOSTARDEIRO e J. BASTIAN, que foram os meus auxiliares,

(1) As habitações são ranchos pequenos, construidos de madeira e cobertos de tirica, geralmente divididos em 4 quartos, com uma pequena cozinha ao lado.

tendo-lhes feito, préviamente, uma lição sobre o caso e indicado a cada um o seu lugar e o serviço que deveria prestar.

No dia seguinte á chegada do proprio, pratiquei a operação, empregando o methodo de FRANK. Verifiquei, pela exploração, que se tratava de um tumor, provavelmente um carcinoma, situado um pouco acima (2 cms.) do cardia. Tudo andou perfeitamente e o paciente, dia a dia, foi recuperando mais forças e quando, em fevereiro, voltei á capital, deixei-o em excellentes condições.

Em começo de abril, apresentou-se-me elle, com rogos para que lhe fechasse a fistula, pois d'ella não mais necessitava: podia engulir quasi todos os alimentos liquidos e outros mais. Realmente, verifiquei que mesmo bananas podia comer.

Referiu-me, então, que — pouco tempo depois da minha partida — começára a expellir pequenas particulas, semelhantes á carne esponjosa, muito catarrho e, ás vezes, algum sangue.

Sentia, claramente, que, aos poucos, tornava-se permeavel o empecilho antes existente, do que se certificou quando poudo novamente engulir a abundante saliva que, anteriormente, tanto o incommodava.

Satisfiz-lhe o desejo e elle regressou para o seu sitio, onde falleceu, segundo me referiram, em fins de julho, devido a uma forte hemorragia”.

C) — **Fistulas de Fontan**

Obs. IX

A. L., natural d'este Estado, casado, branco, com
39 annos, agricultor, residente em Gravatahy. Pape-

leta 621, recolhido á 4.^a secção. Tumor maligno cardio-esophágico. Chloroformisado, soffreu a intervenção em 8 de abril, 1915. O paciente já se apresentára muito debilitado ao Hospital. Não obstante, ainda sobreviveu um mez, fallecendo a 9 de maio, de cachexia cancerosa.

Obs. X

C. P., natural da Allemanha, branco, casado, com 58 annos, residente em S. Leopoldo, entrado na 4.^a secção a 10 de abril, 1908. A atresia esophágica era consecutiva á queimadura pelo acido acetico, tres mezes atraz. Em 14 de abril, sujeitou-se á gastrostomia, praticada pelo Prof. WALLAU, tendo sido usada a anesthesia pelo methodo de SCHLEICH. Apezar da idade avançada e de sua grande fraqueza, C. P. ainda sobre-viveu 20 dias, fallecendo em 4 de maio, 1908.

D) — **Fistulas de Kader**

Obs. XI

M. J., d'este Estado, branco, casado, com 50 annos, agricultor, entrado na 4.^a secção, apresentando completa atresia carcinomatosa do esophago. Operado em 18 de agosto de 1914, pelo Prof. WALLAU, sob anesthesia chloroformica. Victimado pela cachexia, em 23 de novembro do mesmo anno. Sobre-viveu, portanto, 3 mezes e 5 dias.

Obs. XII

J. F. C., nascido em Portugal, branco, casado, com 56 annos de idade. Doente da clinica particular do



Fig. VII — A doente da observação n.º XIII.

Prof. WALLAU, que fez-lhe a gastrostomia, reclamada por uma estenose cancerosa, cardio-esophágica. A cachexia ainda permitiu-lhe uma sobrevida de 6 mezes.

Obs. XIII

I. D., d'este Estado, branca, solteira, com 18 annos, de profissão domestica, moradora no arrabalde Floresta, recolhida á 1.^a classe da Santa Casa, papeleta 3867, em 17 de setembro de 1915. Doente particular do Prof. WALLAU, que operou-a n'esse mesmo dia. São d'este Professor as seguintes informações: "A atresia completa do esophago, devida á cicatrização de queimaduras produzidas por uma solução de potassa caustica, ingerida com intuitos suicidas, alguns mezes atrás, não dava passagem nem a uma gotta d'agua. O seu organismo depauperado pela desnutrição e des-hidratação, achava-se em estado deploravel tal, que quasi não podia caminhar. Hoje está em excellentes condições, nutrindo-se pela fistula gastrica, por onde introduz, diariamente, 3 litros de leite, alguns ovos, sopas engrossadas e outras substancias de facil dissolução e bôa nutrição. Espera agora, com anciedade, que lhe forme um novo esophago pelo methodo de ROUX, ou VON HACKER, processos aliás delicadissimos e de technica difficil".

Já decorreram, pois, mais de 2 annos, dès que foi praticada a gastrostomia, e a paciente está em optimas condições, como prova a Fig. VII, ao lado. Em 1.^o de novembro d'este anno, o seu peso era de 40 kilos, alimentando-se ella com leite e mingãos de farinha de milho.

CAPITULO V

Conclusões

Na atresia *cicatricial* do esophago, deve-se tentar o catheterismo dilatador. Se este falhar, recorra-se á gastrostomia.

*

Feita a fistula gastrica, poder-se-á, muitas vezes, destruir a cicatriz, por meio do catheterismo retrogado.

*

Na estenóse *cancerosa* com séde cervical, a esophagectomia poderá dar cura completa. E', porém, uma operação muito complexa e de commum exito letal. De mais, a sua pratica exige uma prévia gastrostomia.

Nos demais neoplasmas do esophago com séde inferior, a gastrostomia é o unico tratamento palliativo.

*

Para que dê os seus beneficios, a intervenção deverá ser precoce. Assim praticada, ella melhor alimenta o paciente (que mais tempo resiste á cachexia progressiva), põe o neoplasma em repouso, reveste menor gravidade e dá um consolo ao paciente.

*

Quando o paciente estiver muito debilitado, preferir-se-á a anesthesia local.

*

A escolha do methodo de gastrostomia depende não só da preferencia que lhe dá o operador, como tambem do estado em que se apresenta o estomago.

*

Nas treze observações apresentadas, nenhum doente morreu de chóque operatorio, não obstante a avançada idade e a desnutrição de alguns d'elles.

*