

Faculdade de Medicina de Porto Alegre



THESE

apresentada em Junho de 1923

à FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

pelo

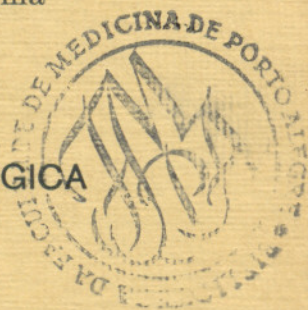
Dr. F. HINRICHSEN

Formado pela

Faculdade de Medicina da Universidade de Rostock (Alemanha)

para Revalidação do Diploma

CADEIRA: CLINICA CIRURGICA



MED
T
617.43
H664i
1923

Investigação retrógrada do intestino delgado
em casos de atresia da gastroenterostomose

H 6

Faculdade de Medicina de Porto Alegre



THESE

apresentada em Junho de 1923

à FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

pelo

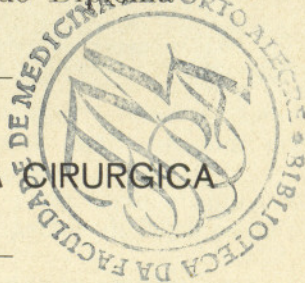
Dr. F. HINRICHSEN

Formado pela

Faculdade de Medicina da Universidade de Rostock (Allemanha)

para Revalidação do Diploma

CADEIRA: CLINICA CIRURGICA



Invaginação retrograda do intestino delgado
em consequencia da gastroenterostomose



Bib.Fac.Med.UFRGS

T-0483

Invaginacao retrograda do inte

A gastroenterostomia, conhecida ha mais de 40 annos, representa hoje a operação mais frequentemente praticada sobre o tubo gastro-intestinal.

Ha muito tempo se conhecem seus perigos e suas complicações, como o circulo vicioso, a hernia interna, a hemorragia, a formação de um cotovello intestinal, a ulcera peptica, a estenose ou mesmo oclusão da nova communicação e as adherencias.

Estas complicações são bem conhecidas e muitas vezes têm sido objecto de discussão.

E' muito de admirar que, só nesta ultima época, tenha sido descripta uma complicação que, em geral, só apparece varios annos depois da operação: a invaginação retrograda do intestino delgado, que merece interesse tanto diagnóstico como theorico.

Na literatura só encontrei oito casos desta affecção (Steber, Baumann, Schloebmann, Amberger, Arnsperger, Lundberg, Lewisohn), dos quaes a maioria foi publicada nos annos de 1921 e 1922, enquanto o primeiro caso de Steber foi descripto em 1917, em virtude duma autopsia.

As mais das vezes tratava-se de doentes operados de ulcera do estomago ou do duodeno, de perfuração duma ulcera ou de estenose do pyloro, nos quaes a passagem nova creada pela gastroenterostomia já funcionava muitos mezes e até 10 ou 11 annos.

Forma excepção um caso publicado recentemente durante a feitura deste trabalho. Nesta observação, feita por Lewisohn os signaes da invaginação sobrevieram dentro de um periodo de seis dias, após a gastro-enterostomose.

Tambem sob outros pontos de vista, este ultimo caso — como ainda veremos — apresenta aspectos differentes da maioria dos outros.

Nestes sómente de vez em quando se davam accessos de colicas gastricas acompanhadas de vomitos ou não, sem alteração seria do estado geral.

Taes accessos passageiros não eram considerados de grande importancia pelo doente e, em geral, passavam depressa, sem intervenção medica. Os primeiros signaes graves apresentavam-se depois de um abuso de mesa ou depois duma cotracção

repentina da parede abdominal, causada pelo susto ou sem causa aparente, em pleno bem estar.

Vehementes dôres espasmodicas no epigastrio e vomitos fortes iniciam a syndrome de uma maneira muito violenta.

O doente parece prostrado, torcendo-se em dôres; o pulso no inicio é apenas um pouco acelerado e a temperatura pouco ou não elevada. O vomito no principio é bilioso ou em fórma de borra de café, tornando-se depois mais ou menos sanguineo, especialmente nos casos em que a invaginação tiver chegado ao estomago. Depois de alguns dias, o vomito pôde tornar-se fecaloide.

O abdomen, em geral, é flacido. Sómente por cima do umbigo, no epigastrio e no hypochondrio esquerdo, encontra-se abahulamento, tensão dos musculos e dôr á pressão. Em estado avançado, todo o abdomen se dilata, tornando-se muito sensivel á pressão.

Os contornos das alças intestinaes pôdem desenhar-se por causa das contracções espasmodicas, podendo sobrevir ruidos metallicos. Nuns casos, abaixo do arco costal esquerdo, encontra-se um tumor do tamanho dum punho, situado transversalmente, apresentando dôr á pressão e maciszez á percussão; musculos da parede abdominal muito tensos. Sobrevem finalmente retenção de fezes e de gazes.

Não havendo assistencia medica, dá-se ou pôde dar-se o exito fatal. Quando o quadro morbido se apresenta de modo completo, não pôde haver duvida de tratar-se duma oclusão da parte superior do intestino delgado.

Mais difficil é o diagnostico no inicio da complicação.

Si ella se manifestar precocemente, pensar-se-á em circulo vicioso ou talvez num cotovello da alça descendente do jejuno.

Nestas condições, tambem continuam os vomitos communs, depois da operação, tornando-se cada vez mais copiosos, contendo substancias biliares, de cheiro insipido.

Em ambos os casos, o estomago apresenta-se dilatado como um balão e os seus contornos podem facilmente ser distinguidos, si a parede abdominal fôr pouco espessa.

Como distinctivo contra circulo vicioso entra em consideração um tumor, situado no bordo inferior do estomago.

Na unica observação, porém, que convinha para o caso, o caso de Lewisohn, não se fala em tal tumor. Neste caso, a verificação de fóra certamente não teria sido possivel, porque — como ainda veremos — o tumor era diminuto e estava em sua maior parte situado no interior do estomago distendido.

Nos casos em que a invaginação apparece muito tempo depois da gastroenterostomia, tambem poder-se-á pensar no circulo vicioso, pois algumas vezes este tambem apparece tardia-mente, até varios annos depois da operação.

No começo, a ideia de ulcera peptica do duodeno ou do jejuno será mais imminente.

As dôres gastricas, os vomitos simples ou sanguineos, a constipação, as dôres á pressão na região epigastrica e a tensão dos musculos, tanto podem falar em favor de ulcera como de invaginação incipiente.

Em muitos casos, a distincção póde ser feita pelo historico do paciente, pois nos casos de ulcera geralmente se darão frequentes accessos de dôres e vomitos sanguineos, e raras vezes os doentes gozarão por muito tempo de um bem estar não perturbado, enquanto que nos casos de invaginação geralmente existe um bem estar continuo, raras vezes interrompido por accessos.

Distincção certa fornecerá sempre o desenvolvimento do quadro morbido.

Logo que a distensão gastrica se accentuar e o vomito se tornar fecaloide, quando houver retenção de fezes e de gazes e os contornos das alças intestinaes se desenharem na parede abdominal, não haverá duvida de que se trata dum ileo na porção alta do intestino. Resta saber a variedade do ileo: tratar-se-á de um estrangulamento ou dum infarcto mesenterico, duma dobra causada por retracção cicatricial, duma obstrucção ou duma invaginação?

Em caso de poder-se tocar um tumor cylindrico, com a curvatura caracteristica, decidir-se-á em favor da invaginação; tambem bastante caracteristico parece o vomito, no inicio bili-oso, tornando-se pouco a pouco sanguineo.

Em regra, antes de abrir a cavidade abdominal, não se póde estabelecer um diagnostico certo sobre a natureza da oclusão intestinal. Mesmo com a cavidade abdominal aberta, não será bem simples orientar-se sobre as condições pathologicas. Sempre grandes difficuldades originar-se-ão das numerosas e densas adherencias, que se acham localisadas entre o epiploon, o estomago e a parede abdominal anterior. Tambem as alças intestinaes superiores encontram-se firmemente adherentes ao mesocolon e á parede posterior do estomago.

Depois de vencer as adherencias, encontra-se uma massa compacta de alças intestinaes muito distendidas. Póde-se, porém, differenciar a parte afferente da alça superior do jejuno, pela dilatação, a côr violacea e o espessamento de suas paredes, em consequencia do edema; a dilatação e o edema continuam-se até á porção horizontal do duodeno.

Na direcção descendente, o intestino passa ao tumor representado pela invaginação, o qual apresenta o caracteristico corpo cylindrico, da forma duma salchicha; e, sem excepção, a alça intestinal efferente apparece mettida dentro da alça superior. Portanto sempre ha invaginação retrograda.

O tumor cylindrico tortuoso representa uma alça augmentada de volume, edematosa, de côr violacea e a ponta della com a característica depressão final (godet), podendo ser palpado pela parede estomacal. Algumas vezes dá a impressão ao tacto, como si estivesse localizado atraz do estomago.

Num certo numero de casos, a invaginação não chega ao estomago, mas sómente até á enteroanastomose de Braun, formada entre os ramos da alça jejunal fixada ao estomago.

O comprimento da alça invaginada geralmente varia de 30 a 70 cm.; num caso (Amberger) ella era apenas de 12 cm. e no caso de Lewisohn era ainda muito mais curta.

O caso de Lewisohn apresenta um quadro particular que, em alguns pontos, differe dos outros casos, relatados. A alça afferente estava, como nos outros casos, muito dilatada, emquanto a alça efferente, se achava mais ou menos vasia.

Existiam, pois, condições semelhantes ao circulo vicioso, distinguindo-se, porém, deste pela existencia de um tumor duro no ponto da gastroenterostomia.

Este tumor era do tamanho de um morango, que se evidenciava atravez da parede gastrica.

Segundo a descripção do autor, elle era formado pela invaginação da alça jejunal efferente para dentro do estomago.

Pela estampa muito nitida que acompanha a descripção, parece que não só a alça efferente estava invaginada em direcção retrograda, mas tambem a alça afferente participou deste movimento.

Como a parte invaginada é de pequeno comprimento — tamanho de morango — temos um quadro que se póde classificar de prolapso do orificio novo para dentro do estomago.

Dos oito casos, duas vezes não tive informação da variedade de gastroenterostomia; dos outros seis casos, quatro vezes tratava-se de gastroenterostomia retrocolica, entre os quaes uma vez. logo após a operação, foi praticada uma anastomose de Braun reclamada por circulo vicioso.

Nos dois casos de gastroenterostomia antecolica existia tambem uma anastomose de Braun.

Agora, emquanto aos doentes com gastroenterostomia retrocolica sem anastomose de Braun, a ponta da parte invaginada chegava ao estomago, nos casos com esta anastomose, seja gastroenterostomia antecolica, seja gastroenterostomia retrocolica, a invaginação mantinha-se abaixo da anastomose, não chegando ao estomago.

Como unica excepção desta regra temos o caso de Baumann (gastroenterostomia antecolica com anastomose de Braun), em que a invaginação se repetiu duas vezes: a primeira vez o tumor foi encontrado abaixo da anastomose; na reincidencia, sua ponta chegava ao interior do estomago.

Conclue-se dahi que a anastomose não offerece garantia contra o progresso da invaginação.

E' o comprimento do mesenterio que marca o limite do progresso da invaginação.

Vejamos agora o mechanismo e as causas do accidente que nos preoccupa.

Até agora não foi possivel estabelecer uma explicação que se adapte a todos os casos.

A interpretação de Hartert, para o seu caso, é a seguinte: Durante o acto do vomito, emquanto a cardia se abre, a parte da parede estomacal correspondente ao orificio da gastroenterostomia dobra-se e pela pressão abdominal o intestino delgado é impellido para cima pelo orificio gastro-enterico, processo auxiliado ás vezes por um orificio especialmente largo.

Esta explicação póde ser sufficiente no caso de Lewishohn e talvez em outros casos raros. Neste caso, devia encontrar-se a syndrome muito mais frequentemente, de modo que outros momentos devem entrar em consideração, para explicar a origem e o mechanismo do processo.

Em primeiro logar, devemo-nos lembrar de todas as causas que podem determinar uma invaginação em geral, como sejam espasmos locais, fixação do intestino por um mesenterio curto ou retrahido, adherencias e finalmente o peristaltismo.

Conforme ideias modernas, precisa-se de um espasmo local, para que se faça uma invaginação.

Sobre a parte contrahida do intestino entorna-se, em forma de abat-jour, a parte visinha, em estado de relaxamento e, em virtude do peristaltismo intestinal, o anel espasmodico é aspirado, por assim dizer, engulido.

Condições especialmente favoraveis á invaginação offerecem-se nos logares onde uma parte bem movel, por causa dum mesenterio comprido, passa a uma parte mais ou menos fixada por mesenterio curto, como p. ex.: a passagem do ileum ao colon. Dahi resulta a frequencia da invaginação ileo-colica. Pois contracções espasmodicas locais se dão frequentemente em todo o intestino, como tambem nas alças do jejuno.

Ellas podem ser ocasionadas por differentes variedades de irritações, como ulceras, tumores, substancias chemicas activas. Taes factores irritantes não podem faltar no logar duma gastroenterostomia.

Lembrae-vos sómente do chimismo alterado, em consequencia da mudança da passagem gastro-intestinal, e de ulceras frequentemente presentes na proximidade do orificio artificial entre estomago e jejuno.

De resto, Blond poudé observar directamente no abdomen aberto e mesmo pelos raios „X“ espasmos da parede estomacal no ponto da gastroenterostomia.

Tambem é claro e foi provado pela autopsia operatoria, acima mencionada, que as numerosas e fortes adherencias formam obstaculo ao movimento das alças superiores do jejuno.

Resta explicar, como póde inverter-se a direcção da mobilidade intestinal.

No intestino grosso isto seria menos notavel, porque alli normalmente tambem são observados movimentos antiperistalticos, emquanto que no intestino delgado o phenomeno de antiperistaltismo não foi provado com certeza. Tanto mais é de se notar que, sem excepção em todos os casos publicados, é a alça inferior que se invagina na superior, ao passo que, em geral, a invaginação retrograda do intestino delgado é considerada muito rara, até alguns autores modernos, (Schmidt, v. Noorden) duvidam que tal processo possa existir.

Schloessmann procura explicar a formação da invaginação retrograda de modo a não attribuir á parte situada acima do anel espasmodico o papel aspirador, mas suppõe que esta parte, num movimento proprio, por meio do peristaltismo passe por cima do anel.

Neste caso não seria necessaria a hypothese dum movimento antiperistaltico do intestino delgado.

Existem, porém, certas duvidas.

A explicação moderna, já mencionada, sobre o mechanismo da invaginação, baseia-se no conhecido trabalho peristaltico que o intestino executa na sua função normal de vehicular seu conteudo.

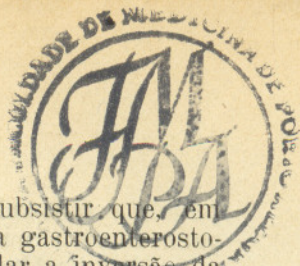
Assim como elle o leva dum logar a um ponto inferior, do mesmo modo age elle com a parte em contracção espasmodica; elle a impelle para baixo, por assim dizer por deglutição.

Differe disso a hypothese de Schloessmann.

Aqui devemos imaginar uma mudança da posição da parte oral do intestino, numa direcção descendente.

Isso, porém, seria um processo desconhecido da função normal do intestino.

Além disso, não teria sido possivel nos nossos casos, porque justamente as alças intestinaes oraes — isto é, a parte que poderíamos chamar de vagina — pela sua fixação ao estomago ou á enteroanastomose de Braun pelas muitas adherencias, não teriam a possibilidade de se impellir para baixo. Voltar-se-á sempre á acção da aspiração e esta, no caso da invaginação retrograda, só se póde explicar pela hypothese do antiperistaltismo na alça intestinal oral.



Pois alguns factores especiaes devem subsistir que, em conexão com as condições estabelecidas pela gastroenterostomia, podem acarretar de modo typico e regular a inversão da actividade motora do intestino delgado. Não foi possível até agora explicar a natureza destes factores. Conforme Lundberg, a abertura creada pela gastroenterostomia possui a capacidade de se fechar só de modo incompleto, comparada com a função normal do pyloro; e este defeito facilita de modo anormal o esvaziamento do intestino para cima, pois favorece o antiperistaltismo.

No emtanto, esta explicação não póde ser considerada sufficiente.

A observação de Lewisohn, tambem no sentido etiologico, merece uma attenção especial.

Talvez as descripções de contracções espasmodicas da parede gastrica dadas por Blond, possam facilitar a comprehensão.

Segundo Blond, estes espasmos podem effectuar-se numa direcção transversal, e, si elles attingirem o orificio da gastroenterostomia e durarem algum tempo, podem levar o ponto de fixação da alça jejunal profundamente para dentro do estomago e causar o fechamento de sua communicação, produzindo clinicamente o quadro do circulo vicioso.

Na abertura operatoria da cavidade abdominal, estes espasmos geralmente cessam. Seria imaginavel, que tal processo se produzisse no caso de Lewisohn, e que a volta da alça intestinal á posição normal fosse impedida pelo edema da parte prolabada.

Neste caso, não seria necessario apellar para a acção do antiperistaltismo, para explicar a formação do quadro morbido.

No emtanto, as observações descriptas formam material para estudar as causas da invaginação retrograda e para esclarecer a questão do antiperistaltismo do intestino delgado.

Poder-se-ia pensar que um erro tecnico na practica da operação occasionasse o accidente.

Contra isto fala o facto de todos os doentes terem gozado, com intervallos mais ou menos longos, de bem-estar pouco ou de todo não interrompido, e tambem o outro facto que os autores accentuam em particular, a gastroenterostomia ter sido feita tecnicamente correcta.

Sómente num caso se acham mencionadas as dimensões exaggeradas da communicação entre o estomago e o jejuno, num outro a anastomose de Braun sendo maior de que a costumada.

No caso anterior, deve admittir-se a possibilidade da grande communicação determinar uma fraqueza parcial da

parede estomacal, creando talvez um certo momento predisponente para a invaginação.

Mas nos outros casos, particularidades da technica não podem ser invocadas como responsaveis por complicação tão rara.

A raridade da invaginação retrograda, depois de uma gastroenterostomia, talvez possa ser explicada do seguinte modo:

Podemos suppôr que não raras vezes haja um começo de invaginação, mas que esta é annullada pela corrente liquida lançada do estomago ao intestino.

Como uma grande lavagem intestinal, em certas circumstancias, pode curar uma invaginação ileo-coecal, assim dum modo semelhante a evacuação do conteúdo liquido do estomago poderia desfazer a invaginação já iniciada.

As colicas observadas em alguns doentes antes da invaginação, poderiam assim ser explicadas.

Em relação ao methodo de tratamento e á prophylaxia, deve-se evitar tudo que, conforme o nosso saber, possa formar condições favoraveis para o estabelecimento duma invaginação.

Estes cuidados são os seguintes: Impedir quanto possivel a formação de adherencias e de circumstancias que, como ulceras pepticas, podem occasionar irritações e espasmos locaes; e tambem fazer tudo para garantir uma circulação regular dos ingestos.

Uma gastroenterostomia technicamente perfeita, si bem que não possa dar certeza absoluta contra o accidente, vae diminuir a probabilidade de seu apparecimento.

Logo que a syndrome da invaginação se apresente de modo caracteristico, não se deve perder muito tempo com o tratamento expectativo, com o emprego da atropina para combater os espasmos, e as lavagens do estomago, mas proceder o mais prompto possivel á laparotomia. Pois, esperando demais, pôde acontecer que o doente não possa mais supportar a intervenção, provavelmente difficil e longa, por causa das fortes e numerosas adherencias.

Além disso, o combate á invaginação pôde tornar-se mais difficil ou impossivel, em consequencia de adherencias novas formadas entre as alças edemaciadas do intestino invaginado.

Depois de abrir a cavidade abdominal e de desfazer as adherencias, deve-se ensaiar em 1.º logar a desinvaginação, puxando cuidadosamente a parte invaginada e ao mesmo tempo comprimindo com prudencia a ponta do tumor. Deste modo, a maioria dos casos foi tratada com successo.

Entretanto, num caso (Baumann) reincidido depois de algumas semanas, foi preciso praticar outra intervenção: a resecção radical de toda a porção invaginada. A mesma opera-

ção foi executada num outro caso (Amberger), porque a desinvaginação não foi bem succedida.

Resta saber, si é possível tomar medidas cirurgicas contra a reincidencia.

Um orificio gastro intestinal demasiadamente largo, deve ser estreitado. Um operador, depois de praticar a desinvaginação, fixou a alça jejunal superior ao colon transverso, por meio de alguns pontos de sutura. A utilidade de tal processo é muito duvidosa, porque, emquanto seja impedida a invaginação da porção fixada, por outra parte a proxima alça inferior deve encontrar condições mais favoraveis para a invaginação, justamente por causa da diminuição da mobilidade physiologica da porção intestinal visinha.

Os demais operadores desistiram de taes medidas, provavelmente convencidos de que no estado presente do nosso saber sobre a causa e o mechanismo da invaginação, não é possível usar duma prophylaxia certa.

De facto, não existe certeza contra a reincidencia da invaginação. No caso de Baumann effectivamente houve a reincidencia e varias vezes são mencionados novos accessos de colicas occorridas depois da operação. Este facto parece denotar a possibilidade duma nova invaginação em começo.

A respeito do prognostico do tratamento operatorio „quoad vitam“, elle é favoravel.

Dos oito casos foram operados sete, dos quaes um duas vezes; todos com bom exito, sómente com uma exepção.

Neste caso, tratava-se de um homem muito debilitado, com broncho-pneumia de ambos os lados. Mas elle tambem melhorou depois da operação, os vomitos tendo cessado por completo. Succumbiu em consequencia da pneumonia.

Um paciente não operado morreu.

Darei agora um resumo das descripções dos quadros morbidos achados na literatura.

Dos oito casos encontrei cinco descripções originaes.

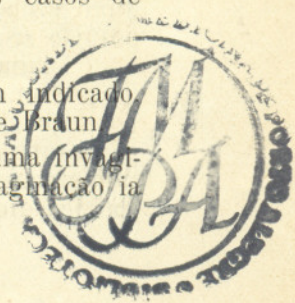
No caso de Lundberg não poudo saber nada mais do que o diagnostico.

De dois casos obtive noticias incompletas que reuni das observações dispersas nos diversos estudos; são os casos de Baumann e Steber.

1.º — Caso de Baumann.

Neste caso effectuára-se, em tempo não bem indicado, uma gastroenterostomia anterior com anastomose de Braun.

Appareceu um ileo e a laparotomia mostrou uma invaginação retrograda duma alça jejunal; a ponta da invaginação ia até á anastomose de Braun.



Depois da desinvaginação, o doente restabeleceu-se sem novidade, porém, depois de pouco tempo, deu-se uma reincidência.

Desta vez, a ponta da parte invaginada entrava dentro do estomago, apresentando a alça invaginada um comprimento de 70 centímetros.

Foi praticada a resecção intestinal com bom resultado.

O doente restabeleceu-se. Causa curiosa: muitos mezes depois apresentou uma occlusão intestinal situada nas alças profundas e ocasionada por estrangulamento, da qual foi também livrado por operação.

2.^o — Caso de Steber.

Mulher de 21 annos.

Gastroenterostomia foi praticada ha 1½ annos.

Dois dias antes do inicio da observação vomitos sanguineos.

Foi observada num hospital durante 3 dias morrendo no quarto.

Pela autopsia verificou-se uma invaginação retrograda da alça efferente do jejuno fixado ao estomago.

A alça invaginada tinha um comprimento de 30 centímetros, penetrava no estomago estava mortificada.

3.^o — Caso Harbert.

Publicado no „Zentralblatt für Chirurgie“. 1921 n. 32.

Carpinteiro, com idade de 31 annos, sem outras affecções. 28—10—1919. Perfuração duma ulcera gastrica, tratada

pela sutura.

Gastroenterostomia retrocolica.

Restabelecimento sem incidente.

Passou bem durante nove mezes.

Depois de uma refeição em que entraram rabanetes, pepino e mosto, adoeceu repentinamente, com colicas gastricas e vomitos. De manhã o vomito torna-se sanguineo.

O doente apresenta-se prostrado, torce-se de dôres, a temperatura é de 38°,0, o pulso a 90.

A parte superior do abdomen proeminente e tensa, enquanto a parte inferior está molle e apresenta a forma normal.

Abaixo do arco costal esquerdo um tumor do tamanho dum punho, e que só se percebe de modo vago; muda de posição simultaneamente com a respiração.

Diagnostico: Ileo alto, talvez estrangulamento.

Operação: Laparotomia.

Abaixo do estomago uma massa confusa de alças intestinaes em parte de côr violacea. Pela parede gastrica pode ser evidenciado um grande tumor, de forma de salchicha, tenso e elastico, que parece collocado á *bursa omentalis*.

Pelo exame directo verifica-se que a alça efferente está invaginada para dentro do estomago, formando o tumor descripto.

O intestino em alguns pontos está espessado pelo edema iniciando-se a formação de infarctos, mas a alça parece capaz de regeneração.

O orificio muito largo da gastro-enterostomia é estreitado por uns pontos de sutura.

Restabelecimento sem incidente.

4º Caso de Schloessmann.

Centralblatt für Chirurgie 1921 n° 42.

Sexo feminino, idade 42 annos.

A gastroenterostomia foi praticada ha 10 annos, tendo a paciente passado 6 annos sem incommodos.

Ha 4 annos e ha 6 mezes, sem causa aparente, fortes colicas gastricas que ás vezes terminavam em vomitos.

Ha 2 dias, estando sentada no chão, foi subitamente, por pilheria, levantada pelo marido; a doente se defende; logo após dôres no ventre, depois de meia hora vomitos que duram dia e noite. Repetidas colicas gastricas.

O vomito a principio é bilioso, depois de 24 horas apparecem substancias sanguineas, cuja quantidade augmenta.

Estado actual: Mulher pallida, muito descahida, temperatura normal, vomita seguidamente com muitas dôres, vomito escuro, bilioso, sanguineo; abdomen flacido e não tympanico.

Na altura do umbigo ha uma proeminencia transversal do tamanho dum punho, muito sensivel á pressão, apresentando massicez; acima deste, no epigastrio, ha forte tensão dos musculos e grande sensibilidade á pressão.

Diagnostico: Occlusão intestinal alta, talvez em combinação com ulcera do jejuno.

Operação: Abertura do abdomen, destruição de muitas adherencias.

Gastroenterostomia antiga, em direcção horizontal, bem e largamente formada.

Alça afferente muito dilatada, violacea, edematosa, do mesmo modo a alça horizontal do duodeno.

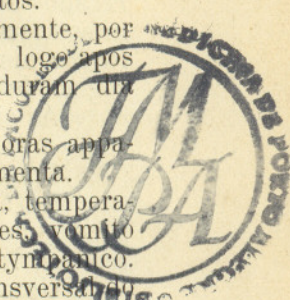
A dilatação e o espessamento da parede intestinal estendem-se a toda a porção do intestino fixado á parede posterior do estomago.

O tumor constituido pela invaginação entra no estomago e depois da desinvaginação tem um comprimento de 40 centimetros.

O intestino é muito edematoso, a serosa *turva* e em alguns logares encontram-se echymoses.

Peristaltismo subsiste em toda a extensão da invaginação.

Para evitar reincidencia, as alças do jejuno foram fixadas ao mesocolon.



5º Caso de Amberger.

Centralblatt für Chirurgie 1921 nº 42.

Mulher com a idade de 43 annos.

Foi operada em 1916 por causa de calculos biliares, com ictericia. Além de cholecystectomy e appendectomy, foi-lhe extirpado um fibroma dum logar perto do pyloro.

Depois de poucos mezes foi operada novamente por estenose do pyloro, em consequencia de adherencias. Foi praticada a gastroenterostomia antecolica com enteroanastomose de Braun.

Tinha passado sem dôres durante varios annos.

Então dôres gastricas frequentes, com vomitos, iniciaram-se, alcançando grande violencia no dia 10-1-1921, isto é, 5 annos depois da gastroenterostomia.

Retenção de fezes e gazes, o vomito torna-se fecaloide. Estado actual: Muito fraca, abdomen abahulado, contornos intestinaes marcados, contracções espasmodicas do intestino, ruídos metallicos. No abdomen em geral e especialmente na região do umbigo dôr á pressão.

As cicatrizes operatorias bem formadas, sem hernias, assim como nos outros logares nenhuma hernia.

Operação praticada immediatamente.

Na abertura da cavidade abdominal apresenta-se na parte superior um tumor, que, depois da destruição de muitas adherencias, foi reconhecido como pertencente ao intestino delgado.

Uma alça intestinal do comprimento de 12 centimetros estava invaginada ao ramo descendente da gastroenterostomia anterior, em direcção retrograda até á proximidade da anastomose de Braun.

A desinvaginação não era possivel, motivo pelo qual se praticou a resecção do intestino invaginado, sendo ligado „side of side“ a extremidade aboral á alça afferente da gastroenterostomia.

Curada. Nos primeiros oito mezes após a operação frequentemente dôres e distensão abdominaes explicadas por numerosas adherencias.

6º Caso de Arnsperger.

Centralblatt für Chirurgie. 1922 nº 6.

Mulher, com a idade de 59 annos.

Ha 11, $\frac{1}{2}$ annos gastroenterostomia retrocolica por causa de uma estenose, em consequencia de ulcera gastrica.

Oito dias depois da operação pratica-se uma enteroanastomose de Braun, em consequencia de circulo vicioso.

Sadia durante muitos annos, sómente no primeiro anno depois da operação 3 vezes colicas vehementes durante 2—3 horas, sem vomitos.

No dia 12-10-1919 subitamente colicas gastricas, vomito em forma de borra de café, sem causa evidente.

Depois de administrar belladona e pantopon, melhora passageiro.

Então novamente vomitos rebeldes, pulso a 100.

Abdomen molle, no hypochondrio esquerdo uma resistencia profunda, indistincta e pouco sensivel á pressão.

Diagnostic: Ileo alto, talvez volvolo da alça da gastroenterostomia.

Operação: 13-10-1919, 24 horas depois do inicio das dôres.

Estomago e epiploon muito adherentes á parede abdominal.

Depois da separação das adherencias, apresentam-se a alça intestinal superior muito dilatada e adherente ao mesocolon e á parede gastrica posterior — a alça era muito comprida — e o tumor da invaginação, da forma de salchicha.

Encontrou-se a ponta do invaginado perto da anastomose de Braun, 20 cms. abaixo da gastroenterostomia.

As dimensões da anastomose eram um pouco exaggeradas: o orificio da gastroenterostomia estava patente.

A desinvaginação fez-se com grande difficuldade.

O intestino parecia viavel, normalisando-se promptamente.

A incisão abdominal fechada sem drenagem.

Restabelecimento não perturbado.

Depois estado geral excellent, função boa do estomago e dos intestinos.

7º Caso do Dr. Richard Lewisohn publicado no Annals of Surgery Vol. LXXVI nº 4 Octob. 1922. 25-III-1920.

Homem, com a idade de 53 annos.

Ha oito annos soffrendo de molestia gastrica; 15 a 30 minutos depois das refeições sentindo dôres ardentes.

A's vezes bem-estar, mesmo por periodos de 6 mezes.

Nos ultimos tres mezes accessos frequentes; perdeu durante esta época 8 kilos de peso.

Estado actual: Homem muito debil, pulmões e coração não intactos.

Abdomen, no epigastrio direito, um pouco sensivel á pressão. 29-III- Operação. Laparatomia na linha mediana, entre o appendice xyphoide e o umbigo.

Encontra-se uma ulcera da secunda parte do duodeno, da forma dum funil, adherente ao pancreas.

Foi praticada a gastroenterostomia posterior, com exclusão do pyloro. Sequencias operatorias sem incidente, durante os primeiros 5 dias.

No sexto dia, o doente vomita frequentemente massas copiosas. A decadencia progredede rapidamente.

Bronchopneumonia em ambos os lados.

No oitavo dia depois da primeira operação foi praticada nova intervenção, com o diagnostic de obstrucção intestinal aguda, talvez cotovello da alça intestinal descendente.

As condições morbidas encontradas depois da abertura do abdomen, acham-se illustradas no original por um retrato: ambos os ramos da alça jejunal fixada ao estomago estão invertidas para dentro do estomago; o ramo afferente muito dilatado, o efferente esvasiado. No estomago póde ser evidenciado um tumor do tamanho dum morango.

A desinvaginação foi facil. A parte intestinal invaginada estava hyperemica, mas não gangrenosa.

Foi praticada uma entero-anastomose.

Depois desta operação, o vomito cessou durante os seis dias seguintes. Mas, apesar de tomar alimentos, a debilidade do doente foi progredindo.

Sobreveiu uma parotidite no dia 11-4, a pneumonia estendeu-se e, em consequencia, o doente falleceu no dia 14 de Março.

Literatura.

- Baumann: Archiv f. Klin.-Chir. Bd. CXI, Heft 2.
Baumann: Centralbl. f. Chir. 1921, Nr. 42.
Steber: Münch. Med. Woch. 1917, Nr. 20.
Hartert: Centralbl. f. Chir. 1921, Nr. 32.
Schloessmann: Centralbl. f. Chir. 1921, Nr. 42.
Amberger: Centralbl. f. Chir. 1921, Nr. 42.
Arnsperger: Centralbl. f. Chir. 1922, Nr. 6.
Sven Lundberg: Acta Chirurg. scandinav. Bd. 54, H. 5 1922.
Resumado Centralbl. f. ges. Chir. 1922, Sept. 21.
Blond: Med. Klinik 1921, Nr. 47.
Schmidt v. Noorden: Klinik der Darmkrankheiten 1921 p. 685.
Franz Rost: Pathol. Physiologie des Chirurgen 1921.
Richard Lewisohn: Annals of Surgery Vol. LXXVI, Nr. 4, Oct. 1922.

