

CIRURGIA GERAL EM DOENTES DE LEpra

DIRCEU G. ARAUJO

Cirurgião do Asilo-Colônia-Cocais

A cirurgia em hospitais de lepra oferece ensejo a considerações de ordem particular, dada, já a natureza especial do paciente, portador de uma afecção podendo atingir todos os departamentos da economia interna, já doentes, por si depauperados pela longa duração e insidiosidade da moléstia.

Este trabalho, nada mais é que a apreciação de 230 casos operados por nós no A. C. Cocais, e não temos em mira sinão relatarmos o que observamos de mais interessante, e a orientação que temos seguido no serviço.

Assim sendo, em face dos pacientes necessitando de uma intervenção cirúrgica, vários aspectos se apresentam e que ventilaremos sucessivamente. São eles :

- 1.º — Resistência do doente à intervenção cirúrgica — Pre-operatório.
- 2.º — Escolha do anestésico.
- 3.º — Dados estatísticos.
- 4.º — Post-operatório-Complicações.
- 5.º — Conclusões.

1.º - RESISTÊNCIA DO DOENTE À INTERVENÇÃO CIRÚRGICA — PRE-OPERATÓRIO

São as mais variáveis possíveis as alterações dos órgãos do doente de lepra. As manifestações hepáticas, esplênicas, renais, glandulares, são evidentes na grande maioria dos casos. O índice de sedimentação sofre em prazos pequenos grandes oscilações. É frequente a hipotermia. A presença de albumina, sais e pigmentos biliares, urobilinogênio na urina, tem sido verificada muitas vezes.

A reação leprótica que segundo modo de ver de vários autores, é desfavorável a evolução da moléstia, põe continuamente o organismo em condições precárias, exigindo meses de tratamento intenso, antes do organismo adquirir sua resistência primitiva.

As moléstias intercorrentes, como erisipela, gripe, icterícia, síndromes disenteriformes, são frequentes. Observámos no ano de 1937 um surto de parotidite epidêmica e mais tarde outro de varicela. Resalta dêste estudo, a natural inferioridade física do candidato a operação.

Para operações de menor monta como apendicectomias e hérnia simples, costumamos pedir um ligeiro exame de urina, constando de pesquisa de albumina, açúcar e sedimento. Para intervenções de maior monta as deficiências dos órgãos serão verificadas por exames complementares. Assim é que nesses casos a pesquisa de urobilinogênio, deve ser feita sistematicamente, pois a presença de urobilinogênio nítido é indice de insuficiência hepática.

Outro aspecto é o tempo de sangramento e coagulação que merecem ligeiras considerações. Temos praticado o tempo de sangramento e coagulação em uma vintena de casos, em intervenções de vesícula biliar, estômago e histerectomias. Para determinarmos o tempo de coagulação empregamos o processo da gota, isto é, o tempo que leva a se coagular uma gota de sangue colocada sôbre uma lâmina de vidro. Obtivemos tempos variáveis de 6 a 16 minutos. Os autores dão em média, 10 minutos para que se processe a coagulação. Para baixá-lo empregamos a auto-hemoterápia durante 3 dias seguidos ou o soro hemostático ou coaguleno.

O tempo de sangramento é também de grande importância, dependendo da contrabilidade dos capilares lesados e a formação de um êmbolo pelas plaquetas. Pesquisamos o tempo de sangramento praticando uma incisão de 2 a 3 milímetros ao nível do lóbulo da orelha e verificando o tempo que dura a hemorragia. Verificamos um tempo mínimo de 2 minutos e um máximo de 10 minutos. Si o doente apresenta um tempo de sangramento maior que 6 minutos empregamos para baixá-lo uma solução de gluconato de cálcio, a 10%, via endovenosa.

Exame funcional do sistema circulatório — As variações da tensão arterial são a expressão da qualidade do funcionamento dos rins e do valor da resistência do coração. A pressão máxima traduz a força de impulsão do coração e a pressão mínima traduz a resistência vâsculo tônica do sistema periférico. Na prática com uma pressão acima de 160 mms. ou abaixo de 60 mms. pelo aparelho Oscilofon, ouvimos a opinião do clínico que orientará o tratamento e autorizará o momento oportuno de se intervir.

Assim do exame clínico geral e dos exames de laboratório tiramos uma conclusão sôbre a resistência do operado e o tratamento a que deve ser submetido. Êstes dados poderão ser traduzidos em número e dentro de limites fixos estipular a boa ou má resistência do doente, indicando êste ou aquele tratamento. Assim temos o chamado índice de energia dado pela soma da pressão sistólica e diastólica e multipli-

cando-se o resultado pelo número de batimentos por minuto. Ex.: $(130 + 70) \times 80 = 16000$. A tabela de operabilidade por este índice é a seguinte:

- De 0 a 6 provavelmente inoperável;
- De 6 a 12 provavelmente operável;
- De 12 a 18 operável com segurança;
- De 18 a 24 provavelmente operável;
- De 24 a 30 provavelmente inoperável.

Da alimentação do operado — A alimentação do paciente deverá ser muito rica em hidratos de carbono. De há muito é preceito geral se abolir a nefasta dieta pre-operatória, provocadora da acidose post-operatória. Instituímos uma alimentação pobre em carnes e gorduras. A acidose post-operatória é o resultado da incompleta combustão das gorduras. A alimentação deve ser rica em frutas, açúcar e alcalinos. Em intervenções maiores receitamos xarope simples, soro glicosado e insulina. A glicose visa aumentar a carga de glicogênio do fígado e músculos, aumenta o poder anti-tóxico do fígado e armazena material para manter o equilíbrio metabólico durante o jejum. A insulina fixa a glicose sob a forma de glicogênio e favorece o seu metabolismo, impedindo ao mesmo tempo o uso exagerado de gorduras e conseqüentemente o desequilíbrio ácido-básico que daí poderia provir. As acidoses post-operatórias são devidas principalmente a pobreza da célula hepática em glicogênio, devido ou a incapacidade do fígado em sintetisar e armazenar glicogênio ou em seguida a um mau regime pobre em hidratos de carbono antes da operação.

Não damos purgante no pre-operatório. Ele coloca o intestino em estado de hipotonicidade e provoca a desidratação. Ele deve ser substituído por uma lavagem intestinal que esvasia o intestino, principalmente o colon direito, reservatório de toxinas.

2.º — ESCOLHA DO ANESTÉSICO

As profundas perturbações que determinam os anestésicos em geral, substâncias mais ou menos tóxicas, cuja ação se faz sentir direta ou indiretamente sobre o organismo, são hoje sobejamente conhecidas. Ação sobre o sangue com fenômenos de hemólise, diminuição do poder fagocitário, diapedese e viscosidade, variações do estado neuro-endocrino-visceral, modificações para o lado da defesa anti-tóxica e anti-infecciosa por lesão do sistema retículo endotelial, tudo isso, determinado em organismo mais ou menos são. Estas perturbações já dignos de apreço em organismo hígidos, não seriam bastante funestas no caso de um hanseniano? Devemos considerar esse

organismo como miopláxico, e portanto a possibilidade de se tornar irreversível a modificação celular pela fixação do anestésico; torna-se necessário a escolha de uma anestesia que seja a menos tóxica para o paciente. Abordaremos os anestésicos que temos usado e a conclusões que daí tirámos.

Anestesia geral pelo clorofórmio - Diz KIRSCHNER "O clorofórmio é o agente mais rápido e enérgico e o que mais expõe o perigo de sobredosificação por descuido. Também atua como tóxico sôbre as células dos órgãos parenquimatosos, de maneira que quando sua ação se prolonga ou existe de antemão alterações patológicas, pode dar lugar a alterações perigosas e até mortais do coração, fígado e rim. Não se deve pois empregar em casos de afecções parenquimatosas dêsses órgãos".

Acabámos de ver como são frequentes as lesões hepáticas e renais dos nossos doentes, por isso que afastamos êste anestésico e não temos no serviço um caso de anestesia pelo clorofórmio puro.

Anestesia pelo eter — A ação tóxica do éter sôbre as células orgânicas é escassa. Segundo KIRSCHNER como consequência do frio que produz ao evaporar-se irrita as vias respiratórias e determina fâcilmente um aumento das secreções mucosas durante a narcose e a transtornos pulmonares post-operatórios. Não temos por isto indicado para anestesiari os nossos doentes.

Anestesia geral pelo cloretil — E' de ação pouco tóxica para os diferentes órgãos. Oferece um grande inconveniente por não produzir pela sua grande instabilidade de fixação boa resolução muscular; há pelo contrário um aumento do tono muscular. Não dá ao abdômen a calma que é um dos fatores mais importantes para a boa marcha de uma operação difficil. Temos empregado o cloretil, às mais das vêzes como complemento da anestésia local, em determinados tempos de uma intervenção.

Misturas — Foram idealizadas para aproveitar as vantagens dêste e daquele anestésico, diminuindo-lhes os inconvenientes, associando-os em doses fixas. Empregamos no serviço o balsofórmio que consta de : éter, 6 partes — clorofórmio, 2 partes — cloretil, 1 parte — gomenol 0,6 parte. Quanto somos obrigados a lançar mão da anestesia geral, usamos o balsofórmio.

Evipan sódico — Empregamos sômente em 3 casos o evipan no serviço. Exige para o seu emprêgo bom funcionamento hepático. Há necessidade de rapidez da intervenção e dá mau relaxamento muscular.

Raqui-anestésia — Lendo as indicações da raqui-anestesia vemos que ela é indicada em todos os casos de insuficiência do fígado e rim. todos os enfraquecidos, portadores de graves lesões, naqueles em que a taxa de ureia ultrapassa 0,50 centigramas por litro de soro, naqueles em que a sulfufenolftaleina atravessa os rins com dificuldade

ou tempo retardado. Tem também a indicação nos indivíduos atingidos de insuficiência poli-visceral latente e nos quais o sangue tem sofrido por hemolise notável diminuição do valor globular. Respeitando as suas contra indicações temos empregado a raqui em cirurgia da vesícula biliar e estômago principalmente. Dizem a este respeito Gosset e Monot "Ela diminui os perigos de complicações pulmonares e o de hemorragia secundária em massa. Ela é particularmente indicada em doentes de idade, cujos rins e fígado funcionam mal e expostos a congestão pulmonar. Ela torna possível certas gastrectomias que seriam impossíveis de serem bem realizadas com a anestésia geral".

Inicialmente usamos muito a raqui-anestésia. Ultimamente temos dado preferência a anestesia local e a peri-dural. Não costumamos fazer a raqui em menores de 15 anos. Pelo contrário usamos em um velho de 70 anos. Ao lado das grandes vantagens que ela nos oferece, há um certo número de acidentes que restringem muito o seu uso. Além da síncope cardíaca, fatal, e que já observamos em um caso na clínica particular, temos os fenômenos da lipotímia, que ocorrem nos primeiros 20 minutos que se seguem a injeção, com sinais de hipotensão arterial, sensação de mal estar, palidez, suores frios, náuzeas e vômitos. Ao lado desses acidentes imediatos temos a chamada cefaleia post-raquidiana que temos observado em 30 por cento dos nossos casos. Esta dor se acentua quando o individuo levanta a cabeça, desaparecendo quasi que completamente quando se deita. Às vèzes é nítida, intolerável, pulsátil, em outros casos mais branda dando sensação de pêso. Tem os nosso casos durado de 3 a 6 dias; em um levou 15 dias para passar. Para o seu tratamento prescrevemos novalgina, cibaleno, e, em casos rebeldes injeções de água bidistilada na dose de 20 cc. endovenosamente.

Anestesia peri-dural de Dogliotti — A anestesia peri-dural de DOGLIOTTI apresenta boas vantagens. Como tivemos ocasião de observar não há perturbações sensíveis sôbre a respiração, e a pressão arterial e o pulso mantiveram-se normais. Não tem ação deletéria sôbre o fígado e rim. As doses que empregámos variavam de 15 a 40 ccs. de scurocaina a 2%. Temos obtido boa anestesia, relaxamento muscular satisfatório, toxicidade mínima e facilidade de execução.

Anestesia loco-regional — Seria a anestesia local pela sua pouco toxicidade a que devemos preferir. Contudo é limitado o seu raio de ação e temos forçosamente de lançar mão de outros anestésicos.

3.º — DADOS ESTATÍSTICOS

Ê a seguinte a relação numérica das intervenções feitas por nós:

Apendicectomias	129
Salpingectomias	20
Ooforectomias	12
Histerectomias sub-totais	6
Histerectomia total	1
Gastro-entero-anastomose	1
Gastro-duodenectomia sub-total	1
Herniotomias	20
Amputações	20
Desarticulações	4
Tiroidectmia parcial	1
Amputação parcial	1
Amputação do seio	1
Simpatectomias periarteriais	5
Operação de hemorroidas	11
Colecistectomias	12
Talhas hipogástricas	2
Debridamento de fistula peri-anal	1
Hidroceles (Inversão da vaginal)	2
Artronomias	3
Bartolinites (Retirada da glândula)	2
Traqueotomias	6
Operações de plástica	10
Fimoses	12
Eventrações post-operatórias	4
Aderências post-operatórias	2
Neuromias	4
Costotomias	2
Varizes (Ligadura da Grossa da safena)	2

O número relativamente grande de apendicectomias se explica pelo fato de retirarmos profilaticamente, sempre que for possível êsse órgão nas laparotomias feitas por outras causas.

RELAÇÃO NUMÉRICA DAS ANESTESIAS

Anestesia geral pelo balfórmio	30
Anestesia geral pelo cloretil	2
Anestesia pelo evipan sódico	3
Raqui-anestesia	120
Anestesia peri-dural	21
Anestesia local	55

4.º — POST-OPERATÓRIO — COMPLICAÇÕES

Não dispondo ainda de uma enfermaria cirúrgica anexa a sala de cirurgia, adaptamos dois quartos em carville, para onde transportamos os operados. Aí é feito imediatamente uma medicação usual: cardiazol-efedrina, extrato hepático e soro hipertônico cloretado a 30%, 20cc. endovenosamente.

Vômitos — É de observação frequente. É verdade que operámos muito com raqui-anestesia e em regular percentagem com geral. Temos também observado com anestesia local em menor escala. O vômito também é condicionado com a natureza da intervenção; assim é que êle foi mais frequente nas intervenções do andar supra-mesocólico. Como profilático fazemos 5cc. de extrato hepático e continua-mos se houver necessidade. O soro glicosado hipertônico e insulina constituem meio eficaz, que não costumamos desprezar.

Meteorismo — Sômente observámos um caso de ileus paralítico verdadeiro por peritonite apendicular. Após as operações abdominais observámos frequentemente a dilatação das alças intestinais por acúmulo de gases determinado por paralesia intestinal: êste fenômeno constitue o meteorismo. Costumamos combater êste estado desagradável para o enfermo procurando esvasiar os gases retidos no intestino por meio de uma sonda retal. Administramos também 20 cc. de soro cloretado hipertônico, segundo manda GOSSET, a quem cabe o mérito de demonstrar o papel das soluções hipertônicas salinas no combate as paresias intestinais. Se esta medicação não for suficiente faremos como preconisa o Prof. CORREA NETO, clisteres de cloreto de sódio na seguinte proporção: cloreto de sódio, 20 grs. — água fervida fria, 80 cc. Últimamente empregamos com êxito os produtos Peristaltina e Pitressin.

Supuração de parede — E' de observação comum a supuração da parede nos nossos operados. Atribuimos o fato à menor resistência do tecido, pois esforçamo-nos em tornarmos mais rigorosos na assepsia e antisepsia e o fato persistiu. A tendência do doente a supuração é bem evidenciada na seguinte observação:

N. L. — Pront. n.º 7.161 — Diagnóstico: apendicite crônica — Operação: apendicectomia — Anestesia: raqui-percaina — Ato cirúrgico: incisão de Jaguier: apêndice retro-cecal: apendicectomia retrograda — Post-operatório: sinais de peritonite, língua saburrosa, ileus paralítico, defeza abdominal acentuada na fossa iliaca direita, extremidades frias, hipotensão. A doente queixa-se de dores localizadas no baixo ventre. Um exame feito no fundo de saco de Douglas revelou abaulamento acentuado e dôr. E feito a colpomotomia posterior dando saída à grande quantidade de púz fétido: drenagem tubular: cura.

Complicações pulmonares — Podemos sem risco de errar dizer que as complicações pulmonares quasi que fazem parte de um risco

operatório normal. Segundo LAMBRET elas figuram na proporção de 25 a 30% entre as causas de morte imprevistas, nas mais recentes estatísticas; isto não dá sinão uma fraca idéa da sua frequência, pois felizmente a maior parte se cura. Suas modalidades clínicas são múltiplas: infarto pulmonar, focos de congestão, broncopneumonia, pleuriz, bronquite, etc.

Na nossa estatística, o número de complicações pulmonares é relativamente alta. Assim é que tivemos em 239 casos operados, 49 casos de complicações pulmonares, isto é, uma proporção de 19% dos casos. Ocupa aquí papel preponderante as bronquites ou bronco-traqueites que se apresentam em sua forma genérica com perturbações gerais, febre limitada a 37 e 38°, dor retro esternal, tosse inicialmente quintosa e posteriormente acompanhada de expectoração.

Estudando especificamente estas complicações vemos que:

Dos 49 casos de complicações pulmonares ;
44 foram de bronquite ou bronco-traqueite;
1 foi de congestão pulmonar;
2 foram de pneumonia;
2 foram de pleuriz sero-fibrinoso.

De outro lado observamos estas complicações com tôdas as anestésias usadas. Em 20 casos de raqui-anestesia e em 7 de anestesia geral observamos bronquite. Não podemos pois atribuir a anestesia geral, papel tão preponderante na etiologia dessas complicações. Estamos aquí com GRAZ que diz "A antiga crença da pneumonia pelo éter pode ser hoje considerada como vencida. A aplicação da atropina reduziu a irritação das glândulas traqueo-brônquicas de maneira que estas lesões não devem hoje existir". Este autor observou com igual frequência complicações pulmonares post-operatórias na narcose e anestésia local.

Consoante idéias modernas muita importância se dá ao resfriamento que sofre o doente ao sair da sala de operação, geralmente super aquecida, na etiologia dessas complicações, por isso que o rosto do paciente deve ser bem recoberto por cobertores afim de evitar a inspiração do ar frio ao sair da sala cirúrgica. Temos aquí, que salientar que no nosso hospital os pacientes atravessam uma longa galeria aberta, antes de chegarem até o pavimento, onde ficam instalados. Na atualidade se explica em parte o acidente pela insuficiente ventilação pulmonar, razão pela qual se aconselha fazer efetuar pelo doente no pre e post-operatório, movimentos respiratórios profundos. A profilaxia prévia do naso-faringe e tratamentos de focos dentários deve ser feito. Como tratamento curativo recomendamos: posição de FOWLER, revulsivos, anti-infeciosos gerais como biodina, omnadina, óleos voláteis. Nos primeiros dias acalmar a tosse, fator de eventração, com dionina, heroína e nos dias subsequentes prescrever benzoato de sódio ou terpina.

Em um caso de pneumonia a anestesia usada foi a raqui; em outro caso usamos a local. Ambos os casos terminaram pela morte, o que vem comprovar a nossa observação que nos doentes de lepra, as pneumonias são muito graves e terminam geralmente pela morte.

Mortes post-operatórias — Tivemos no serviço dois casos de morte nas primeiras 72 horas da operação. São êles:

F. S. Pront. n.º 6.430 Diagnóstico: colicistite calculosa — Anestesia geral pelo balsofórmio. Descrição do ato operatório: Incisão para costal de Kocher — Abertura da cavidade — Fígado pequeno situado atrás do rebordo costal — Vesícula biliar grossa em forma de charuto, profundamente situada. A adiposidade da doente e a profunda situação da vesícula dificultam o ato cirúrgico. Tenta-se a colicistectomia direta que foi muito trabalhosa e traumatizante. Grande aderência da vesícula com o fígado na porção do colo; neste ponto a desinserção da vesícula provoca grande hemorragia. O leito hepático é tamponado com gaze iodoformada. Após a operação a doente entra em estado de choque, vomita continuamente. o pulso torna-se filiforme, e falece 72 horas após a intervenção.

Considerações: trata-se de um característico caso de choque hepático provocado por uma intervenção demorada e traumatizante. Em PAWLOWSKY lê-se que a região coledoco-retro-duodenal é rica em reflexos capazes de determinar o choque. Há uma enorme refletividade do peritônio da região hepato-porta-retro-duodenal com repercussão nos aparelhos cárdio-vascular e respiratório. No nosso caso é provável que a anestesia pelo balsofórmio tivesse contribuído para o desenlace.

O outro caso é o seguinte: S. G. P. Pront. n.º 7.242 Operação: cura de eventração post-operatória. Anestesia: raqui-percaina passando-se a geral desde o início por não ter agido a raqui. Descrição da operação: debridamento dos diferentes planos anatômicos Isolamento da porção eviscerada que se tratava do estômago, aderente aos planos sub-jacentes e recoberto por tecido de granulação. Resecção parcial do epiploon, isolamento dos diferentes planos anatômicos e fechamento separados. Post-operatório — A doente passa relativamente bem as primeiras horas. Sente depois grande mal estar, dispneia, passa a noite com grande agitação e falece 30 horas após a intervenção.

Necropsia - Perfeito estado da região operatória. Uma biopsia do fígado enviado para o exame anatomo-patológico revelou: Degeneração gordurosa microgoticular do parênquima e extensas infiltrações leprosas periportais. O quadro fala a favor de uma lesão por narcose.

Considerações: Êste caso oferece oportunidade para por em evidência a pouca resistência da paciente a anestesia geral. Assim é que a paciente tendo resistido anteriormente a uma intervenção maior, colicistectomia com raqui-anestesia, sucumbiu a uma intervenção menor, na qual houve somação de efeito de duas anestésias; a raqui e a geral pelo balsofórmio.

Mortes târdias — Queremos destacar do nosso arquivo duas fichas que merecem reparos:

Nome H. P. C. Pront. n.º 4.563 Diagnóstico — Hérnia inguino-escrotal direita irreductível. Cura radical. Anestesia geral pelo balsofórmio. Ato operatório — Incisão clássica. Abertura do saco herniário que se apresenta em grande parte aderente ao intestino. Dissecção do saco. Parte do intestino apresenta a serosa espoliada e torna-se necessário uma enterectomia com anastomose término-terminal. Resecção do saco. Fechamento clássico. Post-operatório: Passou regular os primeiros dias. Meteorismo intestinal acentuado. Há supuração da parede e formação de uma fístula estercoral de grandes dimensões. Após alguns dias de relativo bem estar o doente cai em grande abatimento, vômitos contínuos, entra rapidamente em caquexia e falece 30 dias após a operação.

A outra ficha é a seguinte: Nome W. S. Pront. n.º 1.945 Diagnóstico: Úlcera do duodeno. Operação: Gastro-duodenectomia parcial. O doente passa bem os primeiros 10 dias. Instala-se posteriormente um processo de gastro enterite aguda e o paciente falece 4 meses depois.

Estes dois casos fazem resaltar de uma maneira hem clara a pouco resistência dos pacientes a operações de maior envergadura. Daí a necessidade de estudar e refletir bem, antes de se decidir operações mais laboriosas.

Intervenção cirúrgica e reação leprótica — Temos um caso digno de nota, pois mostra o aparecimento de reação leprótica determinada pela intervenção. Trata-se de:

L. S. F. Pront. n.º 9.731 Forma mixta. Apendicite crônica. Operado em 27 de janeiro de 1937 com raqui-percaina. Em 10 de fevereiro apresenta-se com reação leprótica pela primeira vez.

Observamos outros casos em que no post-operatório os pacientes tiveram reações lepróticas bastante fortes como até então não tinham sofrido . Seguem-se as observações:

J. B. C. Pront. n.º 10.125. Forma nervosa maculo anestésica. Operado de colicistite e apendicite com raqui-percaina completada no final com balsofórmio. Tivera reação 10 meses antes da intervenção, vindo a tê-la novamente no post-operatório.

R. F. Pront. n.º 2.005. Sempre teve reação. Operado de apendicite e hemorroidas, começou a ter reações dolorosas muito intensas.

F. R. Pront, n.º 7.460. Tivera em 1933 reação nodular, passando depois 4 anos sem reação. Foi operada em 1937 de salpingite crônica com anestesia geral pelo balsofórmio. Teve no post-operatório pleuriz e reação leprótica que durou 4 meses.

A. H. Pront. n.º 1.971. Costumava ter reações de média intensidade. Foi operada de apendicite com raqui-percaina. Teve no post-operatório forte reação como ainda não tivera anteriormente.

B. G. Pront. n.o 993. Costumava ter reações de média intensidade que aumentaram depois da intervenção.

F. O. C. Pront. n.º 2.299. Casos de reação de média intensidade. Operada de colicistite calculosa com raqui-percaina. Teve no post-operatório uma reação que durou 3 meses.

J. B. Pront. n.º 8.986. Teve após uma intervenção de hérnia inguinal e apêndice forte reação dolorosa e nodular.

Intervenção cirúrgica e evolução da moléstia — A observação seguinte é de uma doente cujos exames bacterioscópicos até então negativos tornaram-se positivos no decorrer de várias intervenções a que a paciente foi submetida:

C. M. J. Pront. n.º 10.884. Forma inicial de moléstia Nervosa Máculo Anestésica. Esta doente foi submetida em 25 de maio de 1937 a apendicectomia com raqui-percaina. Em 2 de novembro do mesmo ano fizemos uma colicistectomia tendo vomitado muito nos dias subsequentes. Em março de 1938 reoperamos a paciente, desfazendo grande número de aderências do epiploon ao fígado e a parede. Após esta última operação começou a ter exames positivos de lesão cutânea (4 +++) e apareceram manchas acrómicas localizadas na face, nádega e braço.

5.º — CONCLUSÕES

1.º — Foram operados 230 hansenianos de afecções as mais variadas, da alçada da cirurgia geral.

2.º — O doente de lepra encontra-se diminuído na sua resistência orgânica, sendo portanto um mau candidato á intervenção.

3.º — Se depreende daí que o candidato a intervenção necessita ser bem examinado e submetido a um rigoroso pre-operatório.

4.º — Deve-se dar preferência a anestesia local ou peri-dural que são as menos tóxicas. A anestesia geral, principalmente a clorofórmica deve ser afastada.

5.º — As complicações post-operatórias são frequentes. Entre elas as complicações pulmonares merecem um papel a parte, pois ocupam na nossa estatística uma porcentagem de 19% dos casos.

6.º — A ofensiva cirúrgica pode determinar o aparecimento ou exacerbação da reação leprótica.

7.º — A ofensiva cirúrgica em doentes de lepra pode positivar exames bacterioscópicos, até então negativos.