

# **ÁGUA OXIGENADA E APENDICITE SUPURADA**

**(Em doente de Lepra)**

**JORGE DE ANDRADE**

Cirurgião do Asilo-Colônia do Santo Angelo

A curiosidade do presente trabalho está somente na terapêutica empregada.

Já quando fui o operador do Asilo-Colônia de Pirapitinguí, tive minha primeira oportunidade de usar a água oxigenada em um caso de abdome agudo com 48 horas de manifestação da moléstia, tendo verificado no ato cirúrgico um apêndice supurado com abundante extravasação de grande quantidade de pus extremamente fétido e pouco fluido.

Nessa ocasião foi a única medicação usada pelo processo que mais adiante descreverei.

Não me foi possível a retirada do órgão devido ao estado precário da resistência individual.

Essa observação não será relatada aqui, por constituir patrimônio do arquivo cirúrgico do dito Hospital, do qual fui transferido há 3 anos, mas serviu de estímulo, o resultado obtido, para que de novo o experimentasse nos dois casos que se seguem, observados no Asilo-Colônia de Santo Angelo, únicos idênticos aparecidos durante o tempo em que lá exerço minha atividade.

O primeiro caso que passo a relatar é o de uma jovem que apresentava uma sintomatologia extremamente grave, apoiada ainda pela debilidade somática e uma concorrente fraqueza dos órgãos vizinhos, tal como se pode inferir do relatório, que vieram ceder posteriormente à acuidade processual.

O débito orgânico se acentuava, então, sobre o cecum e o colo sigmóide, que vencidos alguns dias depois se rompem para o exterior formando 2 anus contra a natureza, que com o tratamento foram se reduzindo até a formação de fistulas estertorais.

Chamo de anus contra a natura porque a quantidade de material expelido era muito abundante para que pudesse transpor uma simples fistula.

Aquela da fossa ilíaca esquerda foi a primeira a se obter completamente tendo desaparecido 4 meses depois mas a cecal ainda continua como simples fistula, vertendo somente uma simples secreção fluida e amarelada.

Nêste caso não foi retirado o apêndice por motivos de fácil compreensão e é bem possível que tenha sido essa a causa de tantas complicações posteriores.

O segundo caso é de um rapaz operado 8 horas após o surto: agudo do processo, com laparotomia mediana infra-umbelical, com a retirada do apêndice e anteposição terapêutica quasi que imediata, circunscrevendo o processo e limitando a ação deletéria da grande quantidade do pus vertido na cavidade.

A retirada dos pontos deu-se dentro do período normal, mas o doente permaneceu internado, para alta definitiva, durante um tempo lato em que julguei seguro o seu estado de higidez.

Nestes casos, a ablação apendicular é condição précipua para um êxito rápido mas nem por isso se pode deixar de ver também o agente terapêutico como um fator de grande importância pela ação mecânica que exerce na remoção do material nocivo e na destruição dos germes patogênicos.

Aqui entra, então, a velha, a centenar água oxigenada de THENARD, a decana de todos os antisséticos, que tem visto calmamente passar o progresso e com ale um infinito número de descobertas, a jovem geração de uma miríade de desinfetantes que veem zombando de seu anacronismo, mas que nenhum ainda conseguiu romper esse halo de insubstituibilidade que a nimba.

Usei-a a primeira vez porque era o recurso que me aparecia, emprego-a hoje porque tenho a certeza de que, apesar de contraindicada por grande maioria de cirurgiões, ela me demonstrou virtudes que não podem ser contestadas porque se materializam nessas 3 vidas que salvou.

Se os seus resultados não podem ser definidos como infalíveis, nem por isso devemos deixar de atentar para sua ação farmacodinâmica que se avanta sobre a maioria dos outros desinfetantes, pelo desprendimento gasoso processado em contacto com os tecidos orgânicos.

Os gases desprendidos pela introdução da água oxigenada na cavidade abdominal, seja no ato operatório, seja através do dreno de segurança, não causam o menor distúrbio orgânico e quero crer até que, teem a vantagem incontestável de, pela sua expansibilidade, mobilizar as alças intestinais e permitir que a ação esperada vá se desenvolver nos mais íntimos refolhos das mais recônditas dobras e reentrâncias das retro-cavidades dos órgãos locais.

A experiência destes 3 casos levam-me à sua apologia, porque consegui com sua ajuda remover o êxito letal que é o que sóe acontecer, mesmo levando em consideração a oportunidade da intervenção, que não depende só da hora mas, também, da virulência do processo e da maior ou menos resistência orgânica.

O processo usado consiste na abertura da cavidade pelo método que se escolher.

Prefiro a laparotomia mediana, por tôdas as vantagens decorrentes, se bem que num destes casos usei a MAC-BURNEY, pelo que me penitencio, devido às complicações posteriores que talvez houvessem sido evitadas caso eu não transgredisse as minhas convicções.

Procuro retirar o apêndice apesar das dificuldades e, só não o faço quando de todo é impossível; verto na cavidade aos poucos uns 100 ou 120 cc. de água oxigenada e com uma compressa de gaze montada, vou removendo, numa limpeza o melhor possível, o pus que se encontra com especial cuidado para o espaço retro-cecal e o fundo de saco de DOUGLAS.

Feito isto, coloco neste fundo de saco um dreno de cautchú n.º 25 ou 30 e passo ao fechamento da parede; tudo pronto, por meio de uma seringa introduzo de novo, através do dreno, na cavidade 20 cc. de água oxigenada e fecho o dreno com uma pinça de KOCHER que só é retirada 1 hora mais tarde.

Continuo este mesmo tratamento durante os dois dias seguintes ou mais se necessário, observando o estado geral do doente e logo que percebo melhora, cesso os curativos e início a retirada do dreno.

Cuidar especialmente do coração, rins e intestinos pelos meios conhecidos e desde que para este lado nada nos atemorize o êxito estará próximo e a cura não tardará.

Nestes dois doentes ainda usei o sôro antiperitonítico endovenosamente na dose de 50 cc. para o primeiro e 30 cc. no segundo, como mais um recurso, o que não foi empregado no paciente de Pirapitinguí, que não pode perturbar minha confiança na água oxigenada, não só pela quantidade mínima empregada como também por não o ter sido em um deles.

Estas vidas aí estão atestando minha asserção e demonstrando que o valor intrínseco das cousas encerra lições de uma filosofia profunda, que o progresso em sua marcha e a ciência em suas inovações não conseguem destruir.

### 1.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO

I. S. — branca, solteira, 18 anos, Jundiá — 11/5/40.

Desde as 16 horas de ontem que sentiu dor aguda na fossa iliaca direita com irradiação para as regiões vizinhas acompanhadas de vômitos amarelados

e micções concomitantes. Esteve com bolsa de gelo sobre o abdome desde aquele momento.

Temperatura 36°; pulso: 98; reação de defesa muscular aguda de todo o abdome, principalmente dolorido o ponto de MAC-BURNEY.

*Diagnóstico:* Apendicite supurada.

Operação: 11/5/40.

Operador: *Dr. Jorge de Andrade.*

Anestesista: *Elza.*

Ajudante: *Dr. Itagiba M. Vilaça.*

Anestesia: geral, Mistura de Schleich, 2 amp.

Incisão de MAC-BURNEY de 10 cents. Ao abrir o peritônio sai grande quantidade de pus semi-líquido, amarelo esverdeado. Peritônio pouco espesso. Alças congestas. Não foi possível, devido ao pouco silêncio abdominal, prolongar a intervenção e retirar o apêndice. Colocação de 1 dreno de cautchú n.º 30 no fundo de saco de DOUGLAS e fixado por um ponto de catgut. Fecha-mento dos planos profundos com catgut e pele com agrafes. Antes verti na cavidade 1 ampola de soro antiperitonítico após limpeza com água oxigenada.

Tempo de operação, 40 minutos.

Os curativos dos dias seguintes foram feitos com água oxigenada.

Os pontos foram retirados no oitavo dia permanecendo o mais inferior aberto com pequena supuração de parede.

31/5/40 — apresentou-se uma tumefação na fossa ilíaca esquerda do volume de uma laranja baiana parecendo um abscesso parietal com hiperestesia cutânea e dor aguda à palpação. Resolvi intervir, incisando plano por plano em busca da coleção purulenta que não foi encontrada; aberto o peritônio que se encontrava espessado e congesto a pesquisa da cavidade nada revelou que justificasse aquela sintomatologia. Pratiquei a síntese dos planos profundos com catgut e pele com agrafes. Reabri a incisão anterior de MAC-BURNEY procurando desfazer as aderências já existentes e buscando nova quantidade de pus. Nada foi encontrado também deste lado e então drenei de novo o fundo de saco de DOUGLAS com um dreno de de cautchu n.º 30.

5/6/40 — a doente apresenta forte acesso de disenteria bacilar que foi combatida pelo soro específico.

12/6/40 — fistula estercoral da região cecal.

17/6/40 — fistula estercoral da região sigmóide.

15/9/40 — cicatrização espontânea da fistula sigmóide.

Durante 20 dias, ambas as fistulas davam passagem à matéria fecal e, deste modo, impedindo o funcionamento das vias normais que durante esse período estiveram inteiramente paralisadas mas, dessa época em diante, a cicatrização foi-se processando paulatinamente até que a sigmóide obstrue e a cecal logo em seguida.

Hoje resta, somente, um pequeno pertuito na incisão de MAC-BURNEY por onde ainda é vertida uma linfa levemente amarelada.

*Medicação usada:* Soro antiperitonítico, 50 cc.; Soro glicos ado hipertônico, 3.260 cc.; Soro fisiológico, 2.500 cc.; Oleo canforado, 386 cc.; Cardiazol, 106 cc.; Coramina, 25 cc.; Sulfato de esparteína, 58 cc.; Vacina antiptiogenica, 19 cc.; Salicilato de sódio, 120 cc.; Hipossulfito de sódio, 50 cc.; Soro antidisenterico, 10cc.; Doraljin, 6cc.; Fórmula 364,4; Fórmula 220,1.

A relação que acabo de fazer da terapêutica empregada no post-operatorio, dá claramente a impressão da gravidade do caso e da luta empreendida contra um mal que havia invadido inopinadamente um território pouco defendido e cujos elementos pareciam zombar de todos os recursos disponíveis.

Felizmente a tempestade passou e a doente já fora de perigo, continua ainda internada em minha enfermaria em franca e benéfica convalescença que lhe convolou em vida a morte certa que lhe rondava o leito.

## 2.<sup>a</sup> OBSERVAÇÃO

R. G. — 32 anos, Taubaté, branco, solteiro. Data — 8/7/40.

Há 1 mês vem sentindo dores nos hipocôndrios mas de sábado para cá essas dores aumentaram até que à noite passada tornaram-se insuportáveis e acompanhadas de vômitos esverdeados. Nunca teve constipação. Nunca vomitou sangue mas já o defecou.

Abdome extremamente tenso e doloroso com predominância da fossa ilíaca. direita e hipocôndrio esquerdo.

Diagnóstico: Abdome agudo; verificado na operação: Apendicite supurada.

Operação: Laparotomia exploradora mediana infra-umbelical. 8/7/40.

Operador: Dr. Jorge de Andrade.

Auxiliar: Enf. M. Magalhães.

Anestesista: Elsa.

Anestesia: geral, Mistura de Schleich, 2 amp.

Tempo de operação: 25 minutos.

Acidentes durante a operação: vômitos biliosos no início da anestesia.

Incisão mediana e abertura do peritônio pela face posterior do músculo reto direito. Extravasão de grande quantidade de pus avaliada em mais de 150 cc. Alças ilíacas congestionadas e volumosas. Cecum extremamente volumoso com apêndice perfurado por onde vertia o pus. Ligadura em massa do meso, que se encontrava extremamente espesso. Esmagamento a PAYER e ligadura do coto apendicular. Vertidos na cavidade uns 100 cc. de água oxigenada e limpeza total da cavidade em todos os pontos alcançados. Colocação de 2 drenos de cautchú n. 25 no fundo de saco de DOUGLAS. Versão na cavidade de 20 cc. de soro antiperitonítico. Sutura dos planos profundos com catgut e pele com 6 agrafes.

Retirada dos pontos no oitavo dia com 2 curativos de água oxigenada no 2.º e 3.º dia.

Alta definitiva em 2/9/40 — Curado.

Tratamento port-operatório: Soro antiperitonítico, 30 cc., sendo 10 cc. endovenoso; Soro fisiológico, 6.000 cc.; Soro glicosado hipertônico, 770 cc.; óleo canforado, 40 cc.; Coramina, 10 cc.; Salicilato de sódio, 100 cc.; Gluconato de cálcio, 70 cc.; Vacina antiptiogênica, 10 cc.; Impletol, 4 cc.; Sulfato de esparteína, 4 cc.

## CONCLUSÃO

Apesar de não haver encontrado trabalho e nem citações sobre o emprêgo da água oxigenada para a antisepsia da cavidade abdominal, nos casos em que há necessidade, a premência a isso me obrigou, pela falta momentânea de outros recursos; hoje eu o faço, destemeroso de qualquer acidente que por ventura possa ser incriminado porque os 3 casos que se me depararam levaram-me à crença da nulidade de qualquer perigo.

Emprego-a, pois, certo de que ela não falhará como demonstram essas três vidas que foram arrebatadas ao gélido fundo de uma sepultura.

### **RESUMO**

O A. apresenta duas observações de doentes apresentando abdome agudo por apendicite supurada e operados um com 17 e outro com perto de 10 horas, após o surto agudo.

Determina o processo de assepsia da cavidade abdominal e louva os sucessos obtidos com o emprêgo da água oxigenada nesses casos e a técnica empregada para seu uso nos dois ou três dias que sucedem á intervenção cirúrgica.

Refere-se ainda ao primeiro caso em que a empregou, não apresentando a observação por pertencer ao arquivo cirúrgico de outro Hospital de onde já foi o Cirurgião.

Fala da água oxigenada como o padrão dos antisséticos e elogia o seu valor em casos idênticos, pelo desprendimento do oxigênio que vai atingir aos mais íntimos refolhos da cavidade abdominal.

**Não houve discussão.**