

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

1.^a Cadeira de Clínica Cirúrgica: Prof. Alípio Correia Neto**SISTEMATIZAÇÃO DA INSTRUMENTAÇÃO DA GASTRECTOMIA À REICHEL-POLYA****DR. WILSON FRY**

Assistente voluntário

Este trabalho tem por fim sistematizar a instrumentação da gastrectomia à Reichel-Polya, a fim de facilitar a tarefa dos estudantes que se iniciam em cirurgia.

Na exposição dos vários tempos operatórios seguimos à risca a técnica observada no serviço do Prof. Alípio Corrêa Neto que, em alguns detalhes, se diferencia da de outros professores de cirurgia do nosso meio.

1) Disposição do conjunto cirúrgico. (Fig. 1).

O cirurgião ficará à direita da mesa operatória. Em sua frente, o assistente. A mesa de instrumentos, a esquerda do assistente, entre este e o instrumentador. Este, postar-se-á de frente para o campo operatório, a fim de poder seguir os detalhes da intervenção.

À direita do cirurgião e próximo aos pés do doente deverá ficar o saco para gazes sujas ou material a ser rejeitado. O tambor de gaze será colocado em frente dos pés do doente, à esquerda do instrumentador; pode também ser colocado à direita do instrumentador, entre este e a bacia com água fenicada (aliás, é essa a disposição aconselhável e a mais frequentemente observada embora não tenha sido representada na figura). Finalmente, à direita do instrumentador, próximo à mesa de instrumentos ficará uma bacia com água fenicada.

Arranjo do instrumental cirúrgico. (Fig. 2).

O instrumentador colocará, da esquerda para a direita, na fileira que lhe vai ficar mais próxima, o seguinte material: bisturis, tesouras retas e curvas, pinças de Kocher, pinças de Chaput, pinças de campo de Doyen e pinças grife de Backhaus. Na segunda fileira: 2 pinças dente-de-rato, 4 pinças anatômicas, (2 grandes e 2 pequenas) porta-agulhas, fios, agrafes e pinça de agrafes, afastadores de Farabeuf, pinça de Abbadie desmontada, clamps curvos, esmagador, pinça hemostática ponteaguda para perfurar o meso e tentacânula.

Na parte mais baixa da mesa de Finocchietto colocará: afastador de Gosset-Balfour, válvulas e compressas.

Material de sutura empregado: Fios de algodão, simples e duplos (que deverão estar preparados antes de iniciada a intervenção). Uma agulha atraumática reta e duas curvas.

2) Seqüência da intervenção.

a) *Incisão da pele e do tecido celular sub-cutâneo.* O instrumentador entregará ao cirurgião uma pinça-dente-de-rato, a fim de ser verificada a profundidade da anestesia. Logo em seguida, dará o *bisturi*, para incisão da pele e do tecido celular sub-cutâneo. Depois, passará às mãos do cirurgião e do auxiliar, *pinças de Kocher*. Terminado o pinçamento dos vasos, *fio simples* para o cirurgião e *tesoura reta* para o auxiliar.

À medida que os vasos forem laqueados, irá recolhendo com a mão esquerda as *pinças de Kocher* que lhe são devolvidas pelo auxiliar, colocando-as em seus devidos lugares.

Segue-se a proteção dos lábios da ferida. Dará *pinças de campo de Doyen* para o cirurgião (3 para cada lado). Depois, *uma pinça grife de Backhaus* para o cirurgião e outra para o auxiliar.

b) *Abertura da aponevrose e do peritônio.* O cirurgião abre a aponevrose com o *bisturi*. 3 *pinças de Kocher* para o auxiliar. *Tesoura curva* para o cirurgião que descola o peritônio da aponevrose e abre o peritônio.

c) *Inspeção da cavidade.* Aberto o peritônio, dará o *afastador de Gosset-Balfour* para o auxiliar. *Gaze aberta* para o cirurgião que vai inspecionar o estômago e demais vísceras do andar supramesocólico. Em seguida, entregará *duas pinças anatômicas longas* ao auxiliar.

d) *Libertação da grande curvatura.* Não ser ligados os ramos gástricos das artérias gastropilóicas. *Pinças de Kocher* para o cirurgião, *duas a duas*. *Tesoura reta*, pequena, para o cirurgião. Terminado o pinçamento dos vasos da grande curvatura, dará *fio simples* para o cirurgião e *tesoura reta* para o auxiliar. *Apanhará as pinças de Kocher* que lhe forem devolvidas pelo auxiliar.

e) *Descolamento do duodeno.* Dará duas pinças *dente-de-rato* para o auxiliar e *tesoura curva* para o cirurgião. Quando pedidas, *pinças de Kocher* para o cirurgião.

f) *Ligadura da artéria pilórica.* Dará *gaze enrolada* e *pinça de Chaput* para o cirurgião. *Duas pinças de Kocher longas* para o auxiliar. *Fio duplo longo* para o cirurgião. *Tesoura curva* para o cirurgião.

g) *Secção e sepultamento do duodeno.* *Esmagador* para o cirurgião. *Fio duplo* para o cirurgião. *Pinça de Kocher* para o auxiliar puxar o fio. *Bisturi* para o cirurgião. *Tentacânula com iodo* para o cirurgião. *Compressa* para o auxiliar (proteção da abertura proximal do duodeno). *Fio duplo* para o cirurgião.

Para o sepultamento do duodeno, dará *pinça anatômica e agulha atraumática curva montada* para o cirurgião. *Pinça de Kocher*, para o auxiliar reparar o fio. Deve desprezar todo o material contaminado.

h) *Ligadura da artéria gástrica esquerda*. *Pinça de Chaput* para o cirurgião e *pinça de meso* para o auxiliar. *Fio duplo* para o cirurgião. *Tesoura reta* para o cirurgião.

j) *Abertura da brecha mesocólica*. *Tesoura curva* para o cirurgião. *2 pinças de Kocher* para o cirurgião. *Pinça de Chaput* para o cirurgião. *Fio simples montado* para o cirurgião. *2 pinças de Kocher* para o auxiliar. *Pinça dente-de-rato* e *fio simples montado*, várias vezes, para o cirurgião. *Pinça de Chaput* para o cirurgião.

k) *Anastomose gastrojejunal*. *Pinça de Abbadie*; dar primeiro o ramo "macho" e, em seguida, o "fêmea" para o cirurgião. Colocar o parafuso. *3 compressas desdobradas* para o cirurgião e o auxiliar. Vai ser feita a sutura sero-muscular posterior. Dará *agulha atraumática curva montada* e *pinça anatômica* para o cirurgião. *Pinça de Kocher* para o auxiliar reparar o fio. Feita a sutura sero-muscular posterior, será seccionado o estômago. Dará *1 clamp curvo* para o auxiliar e *tesoura reta* para o cirurgião. Para a sutura total posterior entregará *agulha atraumática reta* e *pinça dente-de-rato* ao cirurgião. *Pinça anatômica* curta para o auxiliar. Terminada a sutura total posterior, dará *pinça de Chaput* para o cirurgião tracionar a sero-muscular. Terminada a sutura total anterior, *porta-agulhas* para o cirurgião. (Sutura sero-muscular anterior). Para a sutura do lábio direito da brecha, dará vários *fios montados* e *pinça dente-de-rato* ao cirurgião.

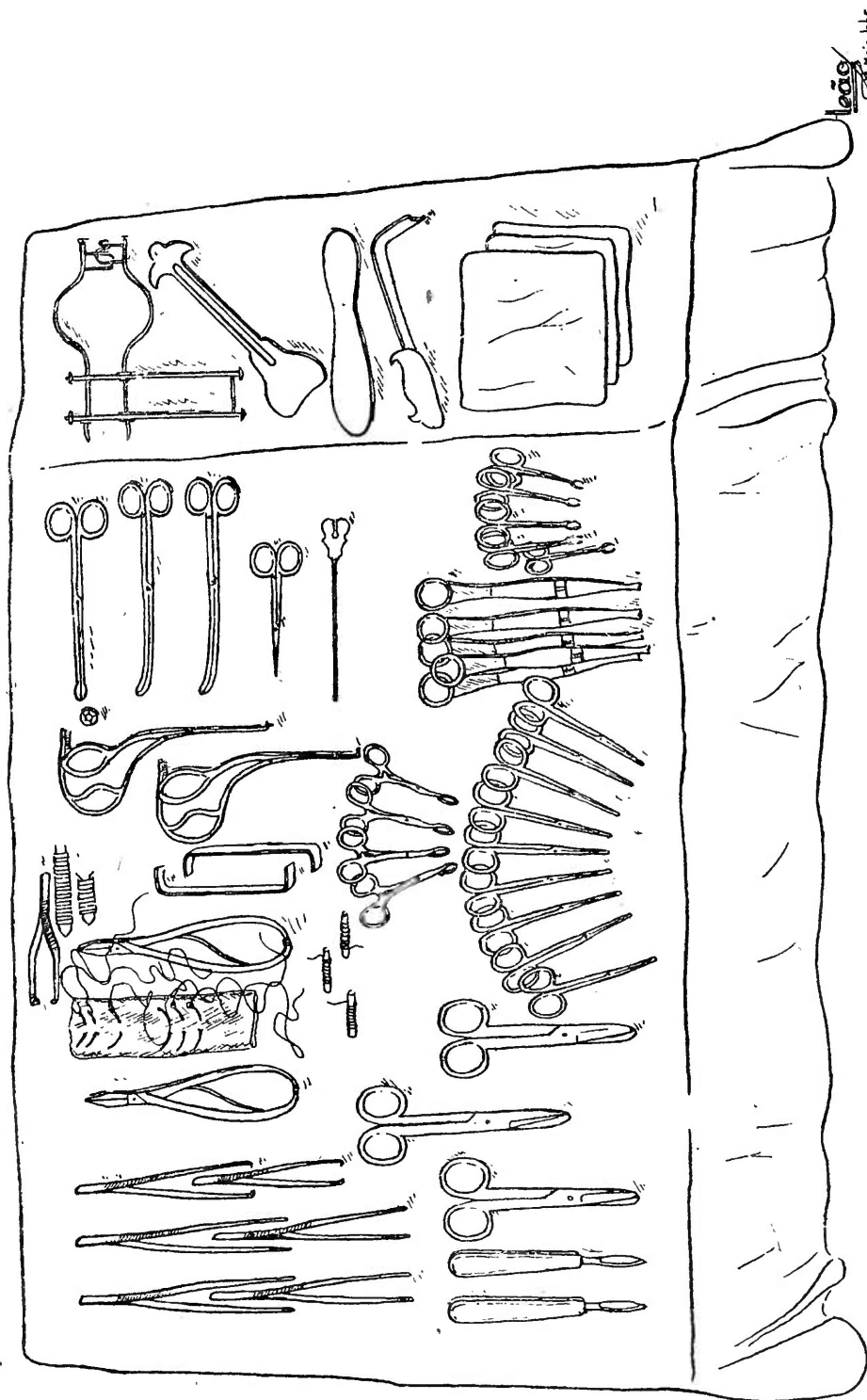
l) *Fechamento do peritônio*. *2 pinças de Kocher* para o cirurgião reparar o peritônio. *Fio simples montado* (longo, mais ou menos 60 cm.) e *pinça dente-de-rato* para o cirurgião.

m) *Fechamento da aponevrose*. Vários *fios duplos montados* para o cirurgião.

n) *Fechamento da pele*. 3 a 4 *fios de crina* ^{sida} *montados* para o cirurgião. *2 pinças dente-de-rato* para o cirurgião. *Pinça de agrafes* e *agrafes* para o auxiliar.

Gaze desdobrada para o curativo.





ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).