

Notas de therapeutica

Os casos medico-cirurgicos

Pelo Prof. Rubião Meira

NEM sempre é facil ao medico resolver qual a therapeutica a seguir naquelles casos em que é a cirurgia quem tem de dar a ultima demão. Taes são os dos doentes de appendicite, de cholecystite e das ulceras gastricas e duodenaes — estes entre os principaes e os mais costumeiros casos clinicos. Qual a conducta a seguir? Intervir desde logo? Intervir sempre? Este é um dos problemas clinicos mais difficeis e em que a poeira da dissidencia inda se não ap- placou. O mais arduo, antes do mais, é o estabelecimento certo do diagnostico. Vamos por partes e deixemos aqui firme a nossa opi- nião, fructo de larga experiencia e observação clinicas.

Iniciemos o nosso pensar pelas appendicites. O que ha a fazer antes de mais é estabelecer o diagnostico exacto. Porque, eu penso, e commigo hão de pensar innumerous clinicos, a maioria, a enorme maio- ria dos casos operados de appendicite não é de appendicite. Opera-se com frequencia colíte e o doente fica sem o appendice e continua com o mesmo cortejo de dores, os mesmos incommodos, as mesmas crises alternativas de diarrhea e constipação. Opera-se frequentemente mo- ças que tem dôr no ponto de Mac Burney nas occasiões das mens- truações, e ellas ficam sem o appendice e continuam a ser reguladas dolorosamente. Esses são os casos mais frequentes. Não quero falar de doentes que vão á mesa de operação para serem extirpados do ap- pendice e têm febre typhoide ou salpingo ovarite suppurada. Esses são os menos frequentes, enquanto os outros são legiões. O doente tem dôr no appendice, vem o medico e grita appendicite. A familia assusta-se e chega o cirurgião, com seu bisturi, elimina o appendice. e tudo continua na mesma.

Este é o ponto mais serio da questão. Antes de tudo é preciso firmar exactamente o diagnostico. E' sabido que cerca de 80 % dos casos operados como appendicite não são de appendicite. Diariamen- te vejo no meu consultorio pessoas que lá chegam, apresentando phe- nomenos dolorosos para o lado da região appendicular e que, por

isso, foram operadas de appendicite, e no entanto os mesmos symptomas continuam. De sorte que manda o dever profissional que o medico, antes de tudo, firme o juizo exacto da molestia. E isto não é difficil. Porque, eu me opponho á opinião de muitos, de fazer operar o individuo quando apparece a dôr de ventre, ao lado direito. Não se tem o direito de operar sem indicação precisa, e esta indicação só pode ser verificada pelo medico clinico. E' o medico quem manda o cirurgião operar. O contrario está errado. Ha casos em que o diagnostico se impõe, em que o quadro clinico é empolgante e então o proprio cirurgião pode e deve decidir, sem assistencia do clinico. Ha opinião errada de se operar o que chamam "appendicite chronica, porque, em regra, toda a appendicite é chronica. São os surtos agudos que chamam a attenção do paciente, mas a inflammação do appendice já existe, chronicamente. O individuo pode ter uma crise de appedicite aguda, com todo seu cortejo symptomatico, e, no entanto, curar-se deste accidente agudo e nunca mais ter outro. Tenho visto desses casos em numero grande: Meu archivo clinico encerra muitos desses casos. E, nunca me arrependi de não ter feito operar desde logo, porque se deve sempre pensar na gravidade de intervenção, por mais facil que seja, nos accidentes que podem sobrevir, na chloroformisação ou etherisação, em tudo o que comporta uma intervenção na cavidade peritoneal. Quantos individuos têm ido á mesa de operação para serem operados de appendicite, que sararia, e tem succumbido ao chloroformio! Quantos têm sido victimas do ileus paralytico! E o medico não tem o direito de fazer correr risco á vida do doente, sem necessidade imperiosa de fazel-o. O primeiro ataque e mesmo o segundo podem ser curados, sem a intervenção. O medico tem que fazer o tratamento clinico — repouso absoluto no leito, gelo sobre o ventre, dieta hydrica, acompanhando sempre o doente com maxima cuidado, observando sobretudo o pulso. Quem dá a chave para a orientação do clinico na appendicite é o estado do pulso. Emquanto houver relação exacta entre este e a temperatura nada ha a receiar. A maxima attenção, portanto, deve ser para ahi dirigida — essa é que é a bussola conductora da sua orientação. Quebre-se o equilibrio e está ainda em tempo ao medico de recorrer á cirurgia. Um aviso, entretanto, deve ser dado. E' que, si o individuo é muito nervoso e impressionável, pode ter o pulso exagerado, sem estar em condições desfavoraveis. Por isto o medico deve observar outros symptomas que indicam sempre gravidade no estado do doente e necessidade de intervenção — é a physionomia do paciente. Essa altera-se logo quando intervem gravidade. São os phenomenos de irritação peritoneal, sabido como é que, afinal de contas, a appendicite não deixa de ser uma variedade de peritonite. A meu ver nem todos os casos de appendicite devem ir á mesa de operação. Agora, quando o caso é grave manifesta-se grave desde o inicio e não ha outra cousa senão intervir. São os vomitos que não cessam, é a dôr que

continua sob influencia do tratamento pelo gelo e se agrava, é o afilamento do nariz, é a violencia do inicio, é a inquietação geral, esse estado todo que indica impregnação toxica da economia. Ahi então não ha titubeação possivel — quanto mais rapidamente fôr operado o doente, mais probabilidades tem de salvamento. Si com o tratamento medico os phenomenos vão se amainando não ha necessidade de recorrer-se á operação. Pode-se, sem susto, esperar outra e outras crises — pois ás vezes, o processo inflammatorio desaparece e o doente cura, conservando o seu appendice, cuja funcção até hoje é desconhecida, mas que nem por isto deve-se despojal-o do individuo.

Resumindo — não operar as appendicites em que o tratamento medico vae dando resultado, operar logo aquellas em que tudo vem anomalmente e em que os phenomenos não cedem de prompto; não operar as appendicites chronicas, porque os soffrimentos perdurarão e nenhum beneficio traz ao paciente a retirada do orgam. Mas, o maior cuidado, a maior attenção do medico em todos os casos, deve ser dirigida para o pulso. Emquanto este for bom, de accordo com a temperatura, não ha perigo, e esse perigo desaparece com a intervenção logo que se der o desequilibrio. E' esta a minha maneira de agir, com a qual não me tenho dado mal, e não me posso estender em considerações outras, nem apresentar o grande archivo clinico que possuo, por se tratar apenas aqui de alguns conselhos therapeuticos. Mas, esta é a conclusão a que cheguei, depois de centenas e centenas de observações que venho fazendo diuturnamente no exercicio de minha clinica.

As cholecystites occupam outro lugar importante no espirito do medico, maximé entre nós, onde, hoje, avultam consideravelmente. Si a cholecystite é suppurada não ha hesitação possivel — é recorrer logo ao cirurgião. Si a cholecystite é calculosa e se acompanhada de crises dolorosas ininterruptas, que não deixam socegar o doente, que o martyrisam dia e noite, só cessando por momentos sob a influencia da medicação opiacea, que dá o risco de morphinomania, si a ictericia impenitente intervem, si os periodos de acalmia são mui pequenos — não ha tambem dois caminhos a seguir, e a intervenção cirurgica, é o unico meio que o medico tem que escolher. A intervenção hoje, na vesicula, é corrente e dá sempre resultado satisfactorio. Mas, si as colicas não sobrevêm com frequencia, si ha grande interregno entre o periodo de bem estar e o soffrimento doloroso, si a ictericia não apparece, si o estado geral se mantem bom, não ha necessidade urgente em recorrer ao bisturi do cirurgião. O regime deve ser aconselhado, a medicação pelo eunatrol administrada, e tenho visto innumerous casos em que existe a expulsão de terras biliares — occasionando a cessação das crises que se não repetem, debaixo, sobretudo, de regime severo e prolongado. A tendencia moderna é para operar a cholecystite calculosa desde logo — eu faço o que acima vae dito e os resultados têm sido satisfactorios.

As ulceras gastricas e duodenaes — mando-as operar logo estabelecido o diagnostico. Com o tratamento medico corre-se um grande risco — o de fazer desaparecer os symptomas, mas o processo ulceroso continuar e repentinamente determinar perfuração, com seus resultados gravissimos. Neste assumpto sou radical.

Taes são o conselhos que dou aos jovens medicos, baseados na grande somma de casos observados, em que tenho feito cair minha opinião.

LABORATORIO DE CHIMICA, MICROSCOPIA E BIOLOGIA CLINICAS

ANALYSES EM GERAL - VACCINOTHERAPIA

DR. OSCAR M. DE BARROS

DR. MENDONÇA CORTEZ

RUA DIREITA, 25 - 1.º andar

Telephone: Central, 5033

Caixa Postal, 1600

SÃO PAULO