Sobre um caso de constipação cronica rebelde tratada pela resecção do simpatico lombar.

por

Adair Eiras de Araujo
Chefe de Clinica Urologica da Faculdade de Porto Alegre

Antes de entrarmos propriamente na descrição do nosso caso e quais os resultados que obtivemos com a nossa terapeutica, vamos dizer algumas palavras sobre a base do método e qual o seu emprego em outros centros.

A cirurgia do sistema nervoso simpatico constitue sem duvida um dos capitulos novos mais sensacionais e mais sedutores que se abre aos olhos do cirurgião do seculo XX. Não se trata mais, na maioria dos casos, de corrigir um defeito anatomico dum orgão, de retirar uma porção atingida por uma determinada lesão. A cirurgia simpatica propõe-se a curar a função alterada, a corrigir o defeito funcional dum orgão evitando destarte que em muitos casos venha a se formar mais tarde um defeito anatomico quiçá irreparavel. Propõe-se, em resumo, a fazer a cirurgia fisiologica.

Muitas têm sido as indicações e as técnicas do novo método. Quasi todos os numeros de revistas de cirurgia ultimamente aparecidos trazem artigos ou fazem referencias a êle. Na nossa comunicação de hoje procuraremos unicamente localizar a questão em relação ao nosso caso, estudando uma só indicação e uma só técnica — as constipações cronicas rebeldes e a gangliectomia lombar. Em artigo que pensamos escrever mais tarde faremos um estudo mais completo das multiplas indicações operatorias e das varias técnicas utilizadas.

Foi o cirurgião norte-americano Royle quem pela primeira vez observou os efeitos da resecção do simpatico lombar sobre o funcionamento do intestino. Aplicando praticamente as observações de Royle, Wade em 1927 e Judd e Adson em 1928 praticam a simpatectomia lombar em casos de megacolo congenito com esplendidos resultados. Em 1931 o proprio Royle e outros cirurgiões começam a usa-la não sómente em casos de megacolo mas tambem nas constipações cronicas. Em excelente artigo publicado no "El Dia Medico" o cirurgião argentino Julio Diez, tambem um grande estudioso da questão, conseguiu reunir 43 casos até hoje publicados em toda a literatura medica mundial. A êle acrescenta seus dois esplendidos resultados.

Em que se basêa porém a intervenção que hoje nos prende a atenção? Por que mecanismo age a resecção do simpatico lombar nestes casos? E' o que vamos agora em linhas gerais estudar. Dividiremos este estudo em tres partes distintas: noções anatomo-fisiologicas; conceito

moderno das constipações; aplicação das primeiras noções ás segundas.

Anatomo-fisiologia — Nas paredes do intestino existem dois plexos nervosos de grande importancia. Um, o plexo de Meissner situado na sub-mucosa, não interessa ao nosso estudo por reger especialmente á função secretora. O outro, o plexo de Auerbach, situada entre as duas camadas da tunica musculosa, vai nos prender particularmente a atenção pois a êle é que estão afétas as funções motoras.

O plexo de Auerbach está sujeito ás ações antagonicas do sistema nervoso vegetativo: excitado pelo para-simpatico é inhibido pelo simpatico. Quais são porem as vias que seguem, no homem, os influxos simpaticos e para-simpaticos para chegarem ao plexo de Auerbach?

Os influxos para-simpaticos chegam ao intestino por duas vias. Por intermedio do vago e pelo nervo pelvico que procede do sistema sacro autonomo. As fibras que vêm pelo vago depois de atravessarem o plexo celiaco, passam pelo plexo mesenterico superior e chegam ao intestino pelas paredes da arteria mesenterica ou isoladamente pela espessura dos mesos. As fibras que procedem do sistema sacro autonomo, saem pelo nervo pelvico, chegam ao plexo hemorroidario medio e daí passam imediatamente ao réto ou sóbem algumas délas ao longo do colo ascendente.

Os influxos simpaticos do plexo de Auerbach saem da médula atrás dos ramos comunicantes brancos do 6.º segmento dorsal ao 2.º segmento lombar. Estas fibras pre-gangliares formando em seu trajéto descendente as cadeias laterais do simpatico terminam nos ganglios dos plexos celiaco, mesenterico superior, mesenterico inferior e hemorroidario. Daí, formando as fibras post-gangliares, dirigem-se ao plexo de Auerbach seguindo as paredes arteriais ou formando o nervo pre-sacro.

Vejamos agora em maior detalhe a inervação dos colos. Em resumo pode-se dizer que o colon direito é inervado pelos ramos do plexo mesenterico superior ao passo que o colo esquerdo recebe suas inervações pelos ramos do plexo mesenterico inferior. Daí se depreende que os influxos simpaticos que vão para o colon direito provêm de um segmento mais alto do que o que fornece os influxos para o colo esquerdo. Si bem que ainda não esteja precisamente demarcado o limite entre os dois pode-se dizer na pratica que os influxos simpaticos do colo direito provêm dos ultimos segmentos dorsais e que os do colo esquerdo bem como os do esfincter interno do anus provêm dos 1.º e 2.º segmentos lombares.

Assim pois si quisermos atuar sobre o colo esquerdo a resecção deverá ir até a base da primeira lombar; para atuar dirétamente sobre o colo direito teremos de levar a resecção até o 11º e 12º segmentos dorsais. Dentro em breve veremos porque isto é completamente desnecessario.

Antes de encerrarmos esta questão de anatomo-fisiologia queremos ainda frisar que, conforme se depreende do que acabámos de dizer, a resecção do simpatico direito ou esquerdo não importa numa ação respectiva sobre os colo direito ou esquerdo. A resecção unilateral do simpatico importa na supressão de 50% dos influxos simpaticos ao plexo de Auerbach. Si esta supressão não for suficiente, estaremos autorizado a mais tarde, resecando a cadeia simpatica do outro lado, suprimir os restantes 50%.

Estes dados anatomicos, todos êles postos em relevo por estudos fei-

tos recentemente por diversos autores, entre os quais cumpre destacar o nome do japonês Ishikawa, receberam uma esplendida confirmação da fisiologia normal e patologica.

Assim é que nos traumatismos da medúla tem se observado o seguinte: quando este traumatismo tem a sua séde acima do 6.º e 7.º segmentos dorsais ha diarréa acompanhada de paralisação do esfincter interno do anus. Quando a lesão tem a sua séde abaixo do 11.º e 12.º segmentos dorsais quasi sempre ha constipação. No primeiro caso as fibras simpaticas foram totalmente seccionadas no seu trajéto intra-medular e ficando o intestino sujeito unicamente aos influxos excitadores do vago, ha diarréa. No segundo caso as fibras simpaticas ficam intátas e a constipação se explica pela interrupção das comunicações entre os centros nervosos superiores e o sistema sacro autonomo, cujas funções motoras se exercem principalmente para o lado do réto.

Durante a raqui-anestesia, quando esta atinge o apendice xifoide, produzem-se contraturas e intensos movimentos peristalticos no jejuno-ileo. No colo direito os fenomenos não são tão intensos porque a sua musculatura é mui fragil, porém o colo esquerdo apresenta-se muito contraturado com um diametro que não excede ás vezes de 2 centimetros. Na produção destes fenomenos intervem a paralisia das fibras simpaticas atingidas pela novocaina deixando assim uma ação livre ao vago. A prova disto é que si nós fizermos uma injeção de sulfato de atropina suspende-se esta contratura e se produz uma dilatação do intestino. Wagner utilizou estes dados em terapeutica, empregando a raqui-anestesia com sucésso no tratamento do "ileus paralyticus".

Uma vez assim explanadas as ações respetivas do vago e do simpatico sobre os colos direito e esquerdo resta-nos por ultimo explicar porque motivo a secção do simpatico lombar cuja ação se faz sentir como vimos sobre o colo esquerdo é indicada no tratamento das constipações direitas. E' que, todos os estudos que têm sido feitos nestes ultimos anos tendem a considerar as constipações direitas, cécais-ascendentes, não mais como entidades clinicas distintas mas sim como reflexos, como resultados de um mau funcionamento do colo esquerdo. Multiplos e interessantissimos são os fátos sobre os quais se basêa tal afirmativa. Vamos citar apenas dois por serem os mais recentes e de interesse bastante consideravel.

Quando se faz a hemicolectomia direita em um individuo portador de uma constipação deste tipo, poder-se-ia esperar uma cura completa e definitiva pela simples supressão da parte doente. Tal se dá com efeito nos primeiros tempos, mas ao cabo de um certo periodo os fenomenos voltam e novas radiografias tiradas nesta ocasião mostram então que houve uma verdadeira regeneração do cégo e do colon a ponto do radiologista não poder saber muitas vezes si foi feita a hemicolectomia direita. Tal regeneração porem nunca se produz em individuos hemicolectomisados por cancer ou tuberculose. Prova de que o obstaculo é a perturbação funcional do colo esquerdo que continuando a agir se refletiu no lado direito provocando até a regeneração do colo. Outro fáto que fala em favor desta teoria é que os individuos que têm um anus iliaco esquerdo nunca sofrem de constipação.

Finalmente, baseando-se nestes fátos que acabamos de descrever,

dois cirurgiões de renome mundial, Finsterer e Schmieden, começaram em 1931 a tratar as constipações direitas pela resecção do colo esquerdo com esplendidos resultados.

Compreende-se facilmente porém que desde que haja uma intervenção muito mais simples, muito menos traumatizante e que suprimindo este mau funcionamento do colo esquerdo traga como natural repercussão um funcionamento normal do colon direito, se deva á éla recorrer.

Uma vez feitas estas considerações de ordem geral, passemos á descrição do nosso caso com os resultados que obtivemos.

Em principios de Otubro do ano pp. fomos procurado por E. S., branco, com 21 anos, solteiro, natural da Italia mas residente ha muitos anos em Porto Alegre.

Compareceu ao consultorio queixando-se de rebelde prisão de ventre. Este mal o atormenta já ha cerca de 4 anos e meio e cada vez progride mais. Ha 3 anos, a conselho medico fez a apendicectomia, nada melhorando. A defecação só aparece quando provocada por um purgativo, recurso ao qual lança mão de cerca de 10 em 10 dias. Aos poucos porém vai se habituando aos purgativos que usa, sendo forçado a ir mudando a naturêsa dos mesmos afim de fugir ao habito. Tendo já consultado á muitos especialistas em Pôrto Alegre, lançou mão de regimes alimentares variados, massagens abdominais, diversas qualidades de ginastica diaria, tendo obtido apenas alguns resultados paliativos. Tem emagrecido ultimamente, sente-se sem disposição para o trabalho, abatido, fraco. Um exame radiologico praticado em Setembro de 1932 revelou uma grande estase intestinal: 48 horas depois da ingestão da substancia opaca o colo ascendente achava-se ainda completamente cheio e visivel em toda a sua extensão, mostrando-se ao mesmo tempo dilatado e atonico.

Em virtude da falha completa de todas as terapeuticas tentadas até então propuzemos ao paciente a resecção do simpatico lombar tendo na mesma ocasião o cuidado de o prevenir contra um possivel insucésso da mesma sob o ponto de vista curativo mas fazendo tambem notar a sua benignidade, fáto este aliás resaltado por todos os autores que tem estudado o assunto.

Resolveu mesmo assim submeter-se á mesma.

Intervenção no dia 29—X—933.

Operador — Dr. Alfeu Bica de Medeiros.

Auxiliar — Dr. Adayr Eiras de Araujo.

Anestesia geral pelo éter — Dr. Laviera Maino Laurino.

Escolhemos a via anterior por termos nos convencido em cerca de 6 intervenções praticadas em cadaveres ser esta a via de mais facil acésso ao simpatico.

Incisão trans-retal esquerda de cerca de 13 centimetros de comprimento. Abertura do peritoneo anterior. Afastamento da massa do intestino delgado e do colo descendente. Incisão do peritoneo posterior e afastamento do mesmo em direção á linha mediana por meio duma compressa montada numa pinça. A falta de uma fonte de iluminação frontal e de afastadores adequados, alem da distensão da massa do intestino delgado tornavam dificil o acésso e a luz á região onde deveria estar o simpatico. Por este motivo fomos forçados a, por meio de uma

nova incisão perpendicular á primeira, aumentar a luz. Conseguimos desta maneira isolar o simpatico desde a primeira vertebra lombar até ao promontorio. Resecção do mesmo. Fechamento do peritoneo e da parede. Sequencias operatorias normais. Lavagem intestinal no 4.º dia. Alta em ótimas condições, 8 dias após á intervenção. Dez dias depois da operação evacuou normalmente, sem nenhum purgativo. Daí por deante começaram as defecações, a principio de 3 em 3 dias e depois sem o minimo esforço. O proprio paciente se mostra encantado com o resultado da intervenção, dizendo ser raro o dia em que não evacua normalmente.

Como vêm, não poderiam ser mais brilhantes os resultados. Longe de nós porém querermos tirar qualquer conclusão definitiva baseado unicamente nesta intervenção com um tempo de observação post-operatorio tão reduzido ainda. Quisemos apenas aproveitando a benevolencia dos colegas que nos deram estes minutos de atenção, comunicar o presente caso, fazendo voltar as vistas de nossa classe medica para este novo meio de tratamento de uma afecção tão comum e tão rebelde.

Só porém depois de alguns anos, com um numero maior de casos observados e principalmente com um periodo de observação post-operatorio mais longo, poder-se-á chegar á uma conclusão irrefutavel.

Forçoso é porém confessarmos que os resultados que obtivemos por emquanto com esse nosso caso, assim como os resultados obtidos por autores extrangeiros, são por demais sugestivos e encorajadores e animam-nos a continuar com maior ardor a empreender estes estudos, certos do grande, do enorme papel que está reservado no futuro a um novo e grande capitulo da medicina, a cirurgia fisiologica.