

## O EMPRÊGO DA ASSOCIAÇÃO CLOROPROMAZINA-PROMETAZINA-MEPERIDINA EM PROCTOLOGIA

DR. REYNALDO PASCHOAL RUSSO, E.A. (\*)

DR. PEDRO DE SOUZA CAMPOS F.º (\*\*)

É sem dúvida o temor pela dor pós-operatória, o principal responsável pela fuga dos pacientes da cirurgia proctológica, protelando sempre uma operação cuja indicação é precisa.

Da tríade dor, hemorragia e infecção é, sem dúvida, a primeira, a principal complicação da cirurgia proctológica.

Em 1954, descrevemos a aplicação da anestesia potencializada em proctologia, relatando os bons resultados obtidos, particularmente quanto à sedação pós-operatória, diminuição das retenções urinárias, e, principalmente, alívio da dor pós-operatória (1).

Analisaremos no presente trabalho 550 casos de cirurgia proctológica operados entre maio de 1950 a janeiro de 1960.

Dos 550 casos, 336 pacientes pertencem ao sexo masculino e 214 ao feminino, variando as idades de 9 a 80 anos.

Exérese de polipo do canal anal .....	3 casos
Plástica de esfíncter .....	4 "
Fistulectomia + abcesso para anal .....	5 "
Fistulectomia + hemorroidectomia .....	10 "
Abertura de abcesso para anal .....	12 "

---

(\*) Anestésista do Hospital Sta. Helena, Chefe do S. A. do Hosp. Nossa Senhora do Carmo, São Paulo, SP.

(\*\*) Chefe de Clínica Proctológica do Hosp. Municipal de São Paulo. Falecido em janeiro de 1960.

Fistulectomia + fissurectomia .....	20	”
Fissurectomia + hemorroidectomia .....	30	”
Fissurectomia ..	90	”
Fistulectomia ..	92	”
Hemorroidectomia ..	284	”

Dividiremos os casos nos seguintes grupos:

GRUPO I — 250 casos (45,4% em que os pacientes não receberam clorpromazina

GRUPO II — 300 casos (54,5%) em que os pacientes receberam clorpromazina

GRUPO III — 100 casos não incluídos em nossa série. Os pacientes receberam pré-anestésico á base de morfina-atropina e anestesia local.

*Técnicas de Anestesia:* Foram executadas as seguintes:

GRUPO I —

Anestesia geral + infiltração local do esfíncter ..	100
Anestesia geral sem infiltração do esfíncter .....	75
Bloqueio sub-dural “em sela” .....	71
Raquianestesia + anestesia geral .....	4

GRUPO II —

Anestesia geral + infiltração local do esfíncter ..	270
Anestesia local .....	26
Bloqueio sub-dural “em sela” .....	4

GRUPO III —

Anestesia local infiltrativa .....	100
------------------------------------	-----

*Medicação pré-anestésica*

GRUPO I

Opiáceo-atropina ..	110	casos
Meperidina-prometazina ..	82	”
Meperidina-prometazina-atropina ..	58	”

GRUPO II

Meperidina-prometazina ..	300	casos
---------------------------	-----	-------

GRUPO III

Opiáceo-atropina ..	100	casos
---------------------	-----	-------

A medicação pré-anestésica foi aplicada por via intra-

muscular: nos grupos I e II, 45 a 60 minutos antes da hora operatória, e no grupo III, 90 minutos antes da cirurgia.

Usamos a clorpromazina associada á meperidina e prometazina, dissolvidas em 500 ml de soro glicosado a 5%, respectivamente nas doses de 50 mg, 100 mg e 50 mg (Mistura M 1). O gotejamento dessa mistura, intravenoso, iniciou-se cerca de 30 minutos antes da hora operatória e foi mantido durante a operação e pós-operatório imediato, tendo-se em vista as condições hemodinâmicas do paciente.

### *Resultados pós-operatórios*

1 — *Sedação*: Nos grupos II e III não registramos casos de agitação pós-operatória. No grupo I tivemos 14 casos (5,6%).

2 — *Vômitos*: No grupo II não registamos casos. No grupo I tivemos 38 casos (15,2%). No grupo III, 4 casos (4,0%).

3 — *Dor*: São as seguintes medidas que podem ser tomadas em proctologia para a diminuição ou alívio da dor pós-operatória:

A — De ordem cirúrgica: a) secção do feixe superficial do esfíncter externo do ânus; b) rigorosa hemostasia; c) abolição do uso do dreno tubular no canal anal.

B — De ordem anestésica: a) emprêgo de anestésicos locais de ação prolongada, que foram abandonados em virtude da elevada percentagem de complicações (abscessos, necrose, etc.); b) anestesia potencializada.

Nos 3 grupos, as hemorroidectomias e as fistulectomias foram as intervenções que exijam maior número de injeções de narcóticos para alívio da dor. No grupo I os pacientes receberam de 2 a 3 injeções no pós-operatório, no grupo II, uma injeção e no grupo III, de 2 a 5. As fissurectomias do grupo II não necessitaram narcóticos.

4 — *Retenção urinária*: É conhecida a identidade de inervação dos esfíncteres do ânus e do colo vesical. As porções sub-cutânea e profunda do esfíncter externo do ânus são inervadas pelo nervo hemorroidário inferior, ramo do nervo pudendo interno, que por sua vez inerva o esfíncter externo da bexiga. Desta maneira, compreende-se facilmente que as afecções dolorosas do ânus possam determinar espasmos do esfíncter externo da bexiga, com a conseqüente retenção urinária. O melhor exemplo é dado pela retenção

urinária observada freqüentemente em operações do ânus, condição essa que se agrava quando da presença de um dre-no no canal anal.

<i>Retenção Urinária Grupo I</i>	123 casos	— 49,2%	—
Hemorroidectomias . . . . .	82	” 66,6%	— 50 do pólo anter.
Fistulectomias . . . . .	26	” 21,1%	
Fissurectomias . . . . .	15	” 12,1%	— 13 do pólo anter.
 <i>Retenção Urinária Grupo II:</i>	 28 casos	 — 9,33%	
Hemorroidectomias . . . . .	23	” 82,1%	— 20 do pólo anter.
Fissurectomias . . . . .	4	” 14,2%	— 4 do pólo anter.
Plástica de esfíncter . . . . .	1	” 3,5%	
 <i>Retenção Urinária Grupo III</i>	 32 casos	 — 32,0%	
Hemorroidectomias . . . . .	23	” 71,9%	— 23 do pólo anter.
Fissurectomias . . . . .	9	” 28,1%	— 8 do pólo anter.

Deve-se provavelmente á ação espasmolítica da cloropromazina, a acentuada diminuição da retenção urinária do grupo II, quando comparada com outros grupos. Nos grupos onde não se empregou cloropromazina foram necessárias sempre mais de duas cateterizações vesicais. No grupo I, somente em dois casos foram necessárias duas cateterizações.

### CONCLUSÕES

1. A cloropromazina é uma droga de grande valor para alívio da dor e sedação pós-operatória em cirurgia proctológica.
2. Seu emprêgo permite reduzir o número de injeções de narcóticos para alívio da dor pós-operatória.
3. Nos casos em que empregamos cloropromazina, não registramos vômitos ou agitação pós-operatória.
4. A cloropromazina mostrou ser de grande valor na profilaxia da retenção urinária pós-operatória. No grupo em que foi usada verificamos 9,33% de retenções; nos casos onde não a utilizamos encontramos 40,55% de retenções.
5. As intervenções sôbre o pólo anterior do anus ocasiona, freqüentemente, retenção urinária pós-operatória.
6. O toque retal executado 48 horas após a cirurgia e a primeira evacuação foram melhor toleradas pelos pacientes que receberam cloropromazina.
7. Usamos preferentemente a cloropromazina sob a forma de mistura M 1, diluída em 500 ml. de sôro glicosado a 5%.
8. Preferimos, sempre que possível, associar à anestesia geral, uma infiltração local do esfíncter externo do anus.

O relaxamento assim obtido é comparável ao da raquianestesia.

#### RESUMO

Os autores expõem sua experiência em anestesia para cirurgia proctológica durante 10 anos, relatando 550 casos. Concluem ser a clorpromazina uma droga de grande valor para esse tipo de cirurgia, particularmente quanto à sedação pós-operatória, vômitos, e alívio da dor, permitindo reduzir a quantidade de narcóticos administrados no pós-operatório; ela mostrou-se particularmente útil na redução da percentagem de retenção urinária pós-operatória.

Preferem usar a clorpromazina sob forma de mistura M 1; e recomendam que se associe à anestesia geral, quando possível, uma infiltração do esfíncter externo do anus, com agente anestésico local.

As intervenções sobre o polo anterior do anus, ocasionaram retenção urinária pós-operatória com maior frequência.

#### SUMMARY

##### THE USE OF CHLORPROMAZINE-PROMETAZINE-MEPERIDINE ASSOCIATION IN PROCTOLOGY

The A.A. report the use of an intravenous drip of chlorpromazine (50 mg), prometazine (50 mg) and meperidine (100 mg), in 500 ml of 5% dextrose solution, in 550 surgical procedures involving the anus. The drip was used during surgery, combined with general, conductive or local anesthesia, and maintained in the post-operative period. A close check on the blood pressure and control of the drip prevented undue hypotension.

Comparing this group with another group of 100 patients that did not receive this medication, the A.A. conclude that the method proved to be of great value to alleviate post-operative pain, reducing drastically the administration of narcotics. The patients appeared adequately sedated, nausea and emesis were minimal. The method was particularly useful in reducing the percentage of urine retention.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) RUSSO, R. P. ; SOUZA CAMPOS F., PEDRO — Anestesia potencializada em cirurgia ano-retal. — Anais do I Congresso Brasileiro e II Latino Americano de Anestesiologia, Soc. Brasileira de Anest., 1955, pág. 114.

**DR. REYNALDO PASCHOAL RUSSO**  
São Paulo, SP.  
Rua Clélia, 896