



**Universidade Federal da Bahia  
Faculdade de Medicina da Bahia  
Memorial da Medicina Brasileira**



Esta obra pertence ao acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz – Memória da Saúde Brasileira, e foi digitalizada pela equipe do Laboratório de Preservação da Instituição.



Junho de 2025

**Memorial da Medicina Brasileira – Faculdade de Medicina da Bahia**  
Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Pelourinho - Salvador - Bahia - Brasil

[www.bgm.fameb.ufba.br](http://www.bgm.fameb.ufba.br)  
[bibgm@ufba.br](mailto:bibgm@ufba.br)

EX-LIBRIS

BIBLIOTHECA GONÇALO MONTEIRO  
MEMÓRIA DA SAÚDE BRASILEIRA • ZIN





892

2

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

# THESE

PARA O

320

## DOUTORADO EM MEDICINA

APRESENTADA

POR

*Domingos Alves de Mello*

NATURAL DESTA PROVINCIA

EX-INTERNO (POR CONCURSO) DA CLINICA CIRURGICA DA FACULDADE  
NO HOSPITAL DE CARIDADE

**Filho legitimo de José Joaquim de Mello e  
D. Emilia Thomazia de Mello**



Les sciences forment une république, où chacun doit être libre de chercher, de examiner, d'avoir ses opinions, et de dire ce qu'il pense.

Là est le but avoué de tous ceux qui les cultivent.

(Velpéau).

**BAHIA:**

TYPOGRAPHIA DE ARISTIDES RICARDO & C.<sup>a</sup>—RUA DO BISPO N. 12

1877.



# FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR  
O EXM. SR. CONSELHEIRO DR. ANTONIO JANUARIO DE FARIA

VICE-DIRECTOR

## LENTES PROPRIETARIOS

Os Srs. Doutores	1º anno	Materias que leccionão
Virgilio Climaco Damazio . . . . .	Chimica e Mineralogia.	
Augusto Gonsalves Martins . . . . .	Anatomia descriptiva.	
José Alves de Mello . . . . .	Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.	
Antonio de Cerqueira Pinto . . . . .	2º anno	
Jeronymo Sodré Pereira . . . . .	Chimica organica.	
Pedro Ribeiro de Araujo . . . . .	Physiologia.	
Augusto Gonsalves Martins. . . . .	Botanica e Zoologia.	
	Repetição de Anatomia descriptiva.	
	3º anno	
Cons. Elias José Pedrosa . . . . .	Anatomia geral e pathologica.	
Egas Carlos Moniz Sodré de Aragão. . . . .	Pathologia geral.	
Jeronymo Sodré Pereira . . . . .	Continuação de Physiologia.	
	4º anno	
Dr. Domingos Carlos da Silva . . . . .	Pathologia externa.	
Demetrio Cyriaco Tourinho . . . . .	Pathologia interna.	
Barão de Itapoan . . . . .	Partos, molestias de mulheres peçadas e de meninos recém-nascidos.	
	5º anno	
Demetrio Cyriaco Tourinho . . . . .	Continuação de Pathologia interna.	
Luiz Alvares dos Santos . . . . .	Materia medica e therapeutica.	
José Antonio de Freitas . . . . .	Anatomia topographica, Medicina operatoria e appparelhos.	
	6º anno	
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães . . . . .	Pharmac'a.	
Francisco Rodrigues da Silva. . . . .	Medicina legal.	
Domingos Rodrigues Seixas . . . . .	Hygiene.	
José Affonso Paraizo de Moura . . . . .	Clinica externa do 3.º e 4.º anno.	
Ramiro Affonso Monteiro. . . . .	Clinica interna do 5.º e 6.º anno.	

## LENTES SUBSTITUTOS

Antonio Pacifico Pereira . . . . .	} Secção Cirurgica.
Alexandre Affonso de Carvalho . . . . .	
José Pedro de Souza Braga . . . . .	
. . . . .	} Secção Accessoria.
. . . . .	
. . . . .	
Claudemio Augusto de Moraes Caldas . . . . .	} Secção Medica.
Manuel Joaquim Saraiva . . . . .	
José Luiz de Almeida Couto . . . . .	

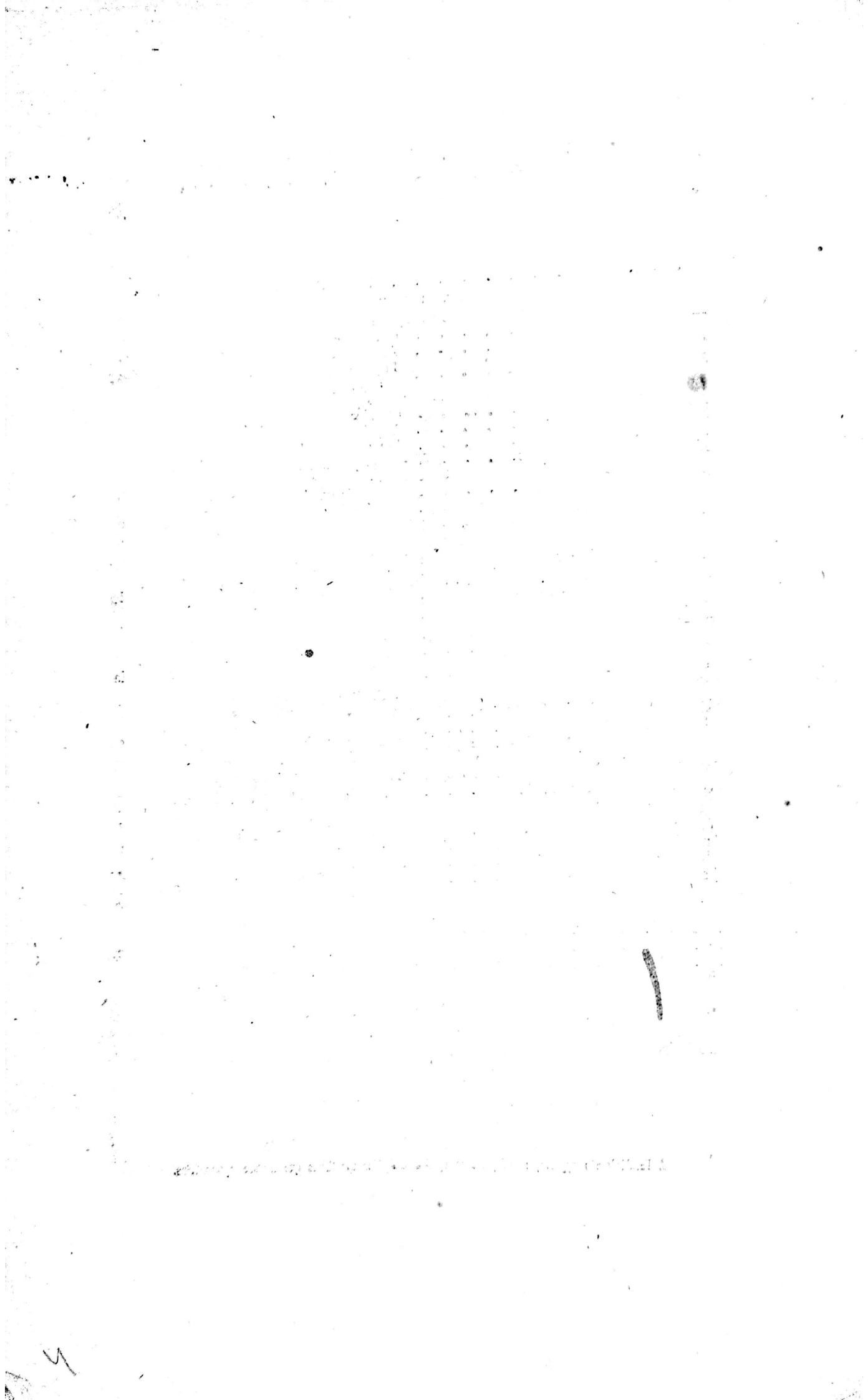
## SECRETARIO

O SR. DR. CINCINNATO PINTO DA SILVA

OFFICIAL DA SECRETARIA

O SR. DR. THOMAZ DE AQUINO GASPAR

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.





**A MEMORIA**

DE

**MINHA CARA E EXTREMOSA MÃI**

**D. Emilia Thomazia de Mello**

**Lgrimas, saudades e amor de Filho.**



**A SAUDOSA LEMBRANÇA**  
DE  
**MINHA INNOCENTE IRMAN**  
E DE  
**MEOS CARINHOSOS SOBRINHOS**

**Viva e eterna recordação**

---

**A SENTIDA MORTE**  
DE  
**MEO BOM PRIMO E AMIGO**  
**Pharmaceutico Elpidio Cavalcante de Mello**

E DE MEO  
**COLLEGA E AMIGO**  
**Manoel Maria de Moura**

**Lgrimas e saudades.**

## **A' MEU PAI**

Na quadra mais solenne de minha vida, quando acena-me um risonho e esperançoso futuro, aprouve a Deos levar-vos ao leito de penosa e cruel enfermidade! Pois bem; d'ahi mesmo, no mais profundo extasis de alegria e nas justas expansões do vosso coração, envolvidas na dôr do soffrimento, lançai a benção ao vosso Filho que tem, bem dentro em seo coração, um largo espaço para guardar o vosso nome, que lhe será eterno, suave e idolatrado.

---

## **A' MINHAS IRMÃES**

E COM ESPECIALIDADE

A Sra. D. Maria Rosa de Mello Medina

Minha amisade a mais sincera e expressiva.

---

## **A MEUS IRMÃOS**

Verdadeira estima

---

## **A' MEU CARO CUNHADO**

E A' SEO INNOCENTE FILHO

Sincera affeição, cordial estima e eterno reconhecimento.

---

## **A' MINHA TIA E MADRINHA**

Profundo respeito e alta estima.

---

## **A' MINHA CUNHADA**

Gratidão e consideração.

---

## **A' MINHA PRIMA**

Amisade fraternal.

---

3,  
**AO EXCELLENTISSIMO SR. CONSELHEIRO**

**DR. ANTONIO JANUARIO DE FARIA**

**UMA DAS GLORIAS E ILLUSTRAÇÕES D'ESTA FACULDADE, DA QUAL  
É MUI DIGNO DIRECTOR.**

**Honra ao merito e homenagem ao seo profundo saber,**

---



**A MEU DOM MESTRE E AMIGO**

**Dr. José Affonso de Moura**

E A SUA EXCELLENTÍSSIMA E VIRTUOSA FAMÍLIA

Muita estima, respeito e consideração.

---

**A' MEOS MESTRES E AMIGOS**

DR. ALEXANDRE AFFONSO DE CARVALHO.

DR. ROZENDÓ APRIGIÓ PEREIRA GUIMARÃES.

DR. JOSÉ ANTONIO DE FREITAS.

DR. DOMINGOS CARLOS DA SILVA.

BARÃO DE ITAPOAN.

DR. ANTONIO PACIFICO PEREIRA.

DR. RAMIRO AFFONSO MONTEIRO.

DR. MANOEL JOAQUIM SARAIVA.

DR. JOSÉ PEDRO DE SOUZA BRAGA.

Eterno reconhecimento e profundo respeito aos seus talentos.

---

**AO MESTRE E AMIGO**

DR. MANOEL MARIA PIRES CALDAS

Subida estima, cordial afeição e sincera amizade.

---

A' MEU COLLEGA E ESPECIAL AMIGO O DOUTORANDO

**Luiz Antonio de Faria**

E A SUA EXCELLENTÍSSIMA FAMÍLIA

Cordial estima e subida consideração.

---

---

## AOS MEOS COLLEGAS

DR. CARLOS FERREIRA SANTOS.

DR. ALBERTO FRANCISCO DO ESPIRITO SANTO.

DR. JOSÉ ZEFERINO FERREIRA VELLOSO.

DR. GUILHERME STUDART.

Sincera e verdadeira retribuição de amizade.

---

## A' MEO CARO AMIGO

O SR. FRANCISCO VENTURA FORTUNA.

Retribuição de amizade.



11

éto meu Mestre e bom amigo  
o illustradissimo e distincto Anti-  
Substituto da secção de sciencias cir-  
urgicas. Dr. Antonio Pacifico Pereira,  
cuja, como eliminata prova de profun-  
do respeito, admiração ao seu robusto  
talento e subida consideração ás suas  
excellentissimas e inextinguíveis qualidades  
offerece a seu obscuro e humilde dis-  
cipulo, que tem para sempre guarda-  
da no espirito as claras e eloquentes  
lições recebidas na aula de Clinica  
Extrema, da qual foi chefe o Mestre  
que não poupa esforços nem sa-  
beres para derramar a luz da  
ciencia na mocidade estudiosa etc.  
Lima, 1874

1. Die erste Aufgabe ist die Bestimmung der  
 2. Die zweite Aufgabe ist die Bestimmung der  
 3. Die dritte Aufgabe ist die Bestimmung der  
 4. Die vierte Aufgabe ist die Bestimmung der  
 5. Die fünfte Aufgabe ist die Bestimmung der  
 6. Die sechste Aufgabe ist die Bestimmung der  
 7. Die siebte Aufgabe ist die Bestimmung der  
 8. Die achte Aufgabe ist die Bestimmung der  
 9. Die neunte Aufgabe ist die Bestimmung der  
 10. Die zehnte Aufgabe ist die Bestimmung der

# DOS ESTREITAMENTOS RECTAES

## SUAS CAUSAS E TRATAMENTO.



O VASTO campo da cirurgia hodierna, se existe um ponto sobre o qual ainda se não esteja de commum accordo, já pelo lado etiologico, já pelo lado therapeutico, é o que diz respeito aos estreitamentos do recto.

Este assumpto que mereceo estudos especiaes dos cirurgiões de todos os tempos, longe de perder de sua importancia, ao contrario vai atirahindo de mais á mais a attenção do mundo cirurgico.

Si bem que até certo tempo parecesse achar-se estreitamente circumscripto aos dominios especiaes da cirurgia, hoje tem tomado amplas proporções, e, a medida que a luz se vai fazendo, seos problemas em vez de complicarem-se ao contrario tendem á simplificação.

A prova d'esta verdade é que até então a affecção que tomamos para assumpto de dissertação era considerada como incuravel, e os recursos de que dispunha a cirurgia para combatal-a erão acanhados e, no maior numero de vezes, improficuos.

E com effeito; antes das pesquisas de Desault, de Amussat, Allingham, Gosselin, Gross, H. Smith, Guérin, Panas, Verneuil, Chassaignac, Desprès, Léon Labbé, Trélat, Fournier, Daniel Mollière, Erskine-Mason, Hawkins, Christophe Heath e outros, o que era a historia dos estreitamentos rectaes?

Limitava-se exclusivamente a descripção de symptomas, sendo *a dór, a diarrhéa e a constipação* os mais salientes e principaes.

Hoje, porém, com os meios e recursos de que dispõe a sciencia, em que a microscopia, as experimentações de physiologia pathologica e o methodo da observação vão ganhando incremento e dando lugar á importantissima e sublime *Sciencia da vida*, a solução de problemas se vai fazendo, e o veio mysterioso que encobria a evolução organica de certas e determinadas entidades morbidas, cujo resultdo final era a morte, dissipa-se com a marcha progressiva do seculo presente.

O ponto que tomamos para assumpto do nosso trabalho, apesar de

não termos as habilitações precisas á dar-lhe o cunho do merecimento, dividir-se-ha em cinco partes.

*Na 1.<sup>a</sup> trataremos da anatomia descriptiva, estrutura e physiologia do intestino recto.*

*Na 2.<sup>a</sup> das considerações geraes sobre os estreitamentos rectaes.*

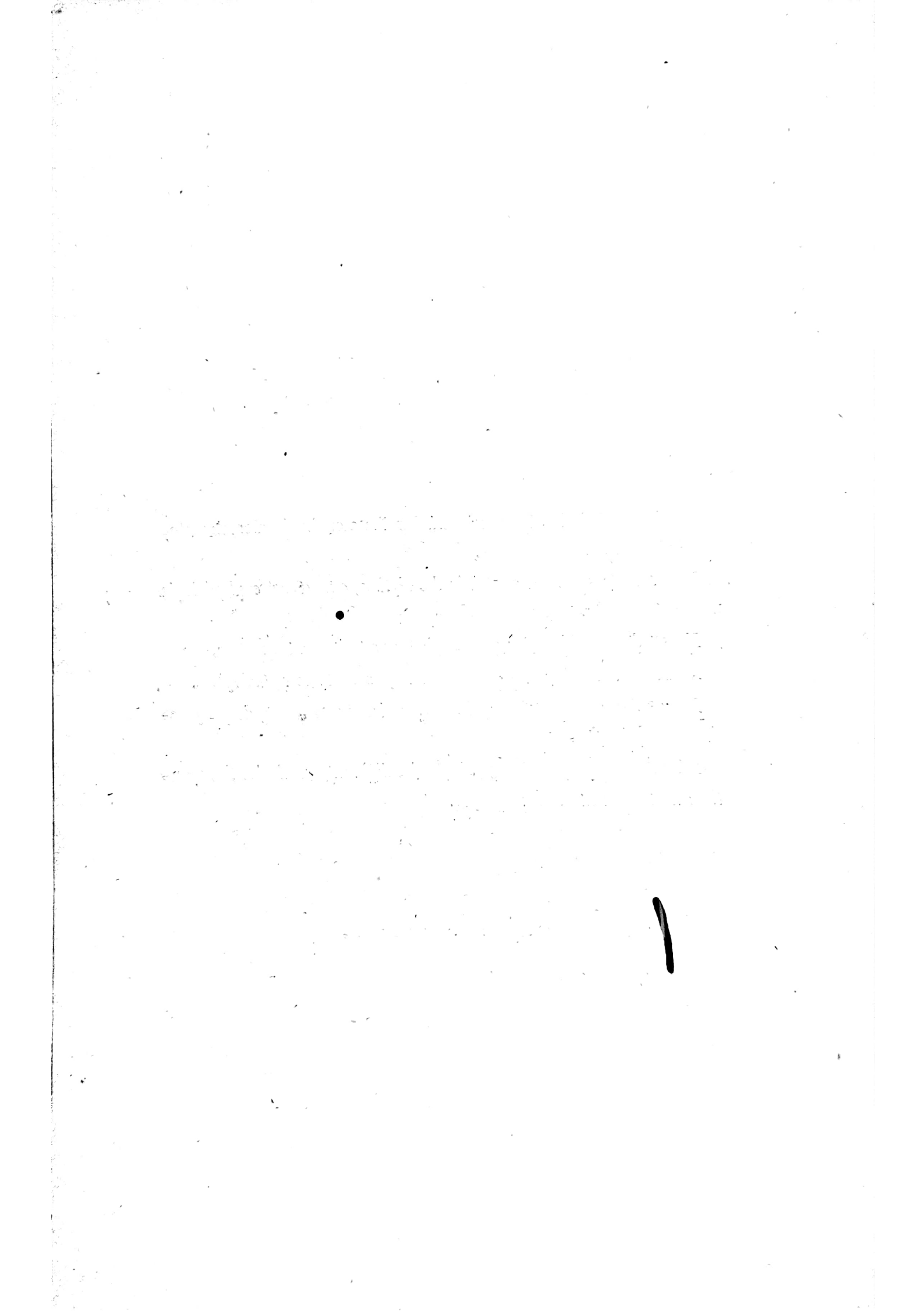
*Na 3.<sup>a</sup> da etiologia, pathogenia e alterações anatomo-pathologicas.*

*Na 4.<sup>a</sup> da symptomatologia, do diagnostico e seus meios, do prognostico e complicações.*

*Na 5.<sup>a</sup> do emprego e da apreciação dos differentes methodos therapeuticos no tratamento d'esta affecção.*

57  
12  
3







# PRIMEIRA PARTE

## Da anatomia descriptiva, estructura e physio- logia do intestino recto

---

Legi, observavi, scripsi.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

320

O recto, assim denominado por ter uma direcção menos sinuosa que a do restante do canal intestinal, constitue a parte terminal do grosso intestino e consequentemente do tubo digestivo.

Apresentando a mesma analogia que a porção inicial do canal digestivo, elle colloca-se para diante da columna sacra, offerecendo meios de fixação que se não encontram na porção relativa á parte média do tubo intestinal. O seo limite inferior, sobre o qual achão-se de common accordo todos os anatomistas, é representado por uma linha circular que, correspondendo ao anus, traça com segurança e clareza os limites de separação entre a pelle e a mucosa digestiva.

O seo limite superior, cuja precisão torna-se assaz difficil, pela divergencia de opiniões, é para assim dizer obscuro, sinão que indeciso.

O estremo superior da bacia, geralmente considerado como ponto terminal do colon descendente, assignala a origem do recto, que póde variar, attentas as condições de anormalidade que pode apresentar o S iliaco ou colon iliaco. Assim, quando o S iliaco occupa a situação normal, isto é, a parte interna do musculo grande psoas, a origem do recto corresponde a symphise sacro-iliaca esquerda; mas nos casos anormaes, em que o S iliaco é impellido para cima e para dentro, o que é muito commum, a origem do recto corresponde ao promontorio sacro, ou angulo sacro-vertebral.

Póde, emfim, dar-se o caso em que, pela distensão ou alongamento

do meso-colon-iliaco, dependencia do peritoneo, a extremidade superior do recto não repouse sobre o estreito superior da bacia; então succede que ella inclina-se mais ou menos para diante, formando com a parte terminal do colon ora um angulo recto, ora um angulo agudo.

Huguier sustenta que, nas crianças no momento do nascimento, não é raro nem tão pouco excepcional ver-se o S iliaco, e consequentemente a parte superior do recto deixar a fossa iliaca esquerda para occupar a direita, porquanto n'ellas é esta a situação normal.

A opinião do illustre anatomista, que parecia encontrar toda aceitação nos amplos dominios da sciencia, é cathegoricamente contrabalançada pela de outros de igual peso e consummado criterio. Seja como fôr, o limite superior do recto, ou origem propriamente dita, susceptivel como é de variar, não póde ter um ponto natural ou fixo, a menos que não seja artificial.

Por essa razão anatomistas affeitos a trabalhos praticos, longos e conscienciosos chegarão a um commum accordo, e hoje aceita-se a origem do intestino recto ao nível do estreito superior da bacia, á esquerda do angulo sacro vertebral e á diante da articulação sacro-iliaca esquerda, independente dos deslocamentos que pode soffrer o S iliaco.

Terceira e ultima porção do grosso intestino, o recto que segundo Lisfranc deveria ser denominado curvo (curvum) tem por sede a excavação da bacia.

Correspondendo a parede posterior desta, elle acompanha a sua curvatura, vindo terminar-se no anus, abertura natural que serve para dar sahida as materias fecaeas. Orgão da defecação e contido na excavação pelviana é elle preso ao sacrum, em sua parte superior, por uma dobra do peritoneo, de fraca resistencia, a qual, a principio larga, retrahe-se gradualmente para terminar-se em ponta. Um pouco abaixo, na porção relativa a sua parte média, o peritoneo, não cercando-o mais, comporta-se com esta porção da seguinte maneira: em vez de abraçal-a, como acontece com a primeira porção, passa para diante della, como sõe dar-se com a segunda porção do duodeno. Mais para baixo ainda, na sua porção terminal, a sorosa peritoneal abandona-o completamente, o que fal-o entrar em intimas relações de contacto com órgãos visinhos, por meio de um tecido celular frouxo e abundante.

Disto resulta que o recto offerece uma mobilidade relativa as suas

primeiras porções: isto é, que a primeira ou superior cercada como é pelo peritoneo pode executar movimentos communicados pelo S iliaco; que a segunda ou média goza apenas de ligeiros movimentos de lateralidade; que a terceira, emfim, ou porção terminal, apresenta uma immobildade absoluta, devida a presença da aponevrose pelviana superior e do musculo levantador do anus, (levator ani), ou sub-pubio-coccygiano de Chaussier.

Não é sem algum exagero que o comprimento do recto tem sido geralmente avaliado. Richet em seu livro de *Anatomia medico-cirurgica*, procedendo a mensuração das differentes porções deste órgão, dá-lhe o comprimento total de 26 centímetros, cifra muito superior a que assignala Sappey em a sua monumental obra de *Anatomia descriptiva*.

Para este notavel anatomista, o comprimento médio do recto varia entre 18 e 20 centímetros, sendo que a parede posterior é um pouco mais breve que a parede anterior.

Para chegar-se a estas mensurações rigorosas e precisas, é de urgente necessidade fazer-se a ablação do pubis, da bexiga e da prostata, afim de que, patente o órgão em toda sua plenitude, leve-se sobre elle uma fita graduada, do que resultará a obtenção da cifra real.

Em geral pode-se dizer que, o comprimento do recto não excede de 20 centímetros, na maior parte dos individuos.

Emquanto que o processo de mensuração relativo ao comprimento deste órgão é de summa facilidade e real exactidão, de difficilima execução, senão que impossivel, é por sem duvida o que diz respeito a de seu calibre, segundo os diversos estados sob os quaes póde apresentar-se o referido órgão. Assim, quando o intestino recto não contém materias fecaes; quando acha-se em completo estado de vacuidade, nota-se que o seu diametro apresenta apenas uma limitada superioridade ao do intestino delgado, e que suas paredes achão-se mais ou menos applicadas uma a outra, no sentido antero-posterior, pela pressão excêntrica dos órgãos contidos na pequena bacia.

Attendendo-se, pois, á esta disposição, póde-se affirmar que a cavidade do recto não existe, senão virtualmente.

Quando, porém, um pequeno accumulo de fezes tem logar no interior deste órgão, vê-se que a porção relativa a sua parte média dilata-se, sem que todavia esta dilatação, não ultrapassando os limites

physiologicos, seja capaz de dar-lhe o mesmo calibre do ceco, no estado normal.

Si, ao envez da dilatação ter logar na parte média deste órgão, fór na sua porção inferior, isto é, naquella que fica acima do esphincter, então o recto é capaz de assumir proporções consideraveis, desde que sua ampoula terminal, cuja distensão está na razão directa da quantidade de materias fecaes ahi contidas, achar-se em condições physiologicas.

Contido na excavação pelviana com outros órgãos importantes, como: a bexiga e o utero que, pela distensão a que podem chegar ampliãõ os direitos de domicilio, a ponto de virem occupar a região abdominal, o recto, seja qual fór o seo grão de ampliação, não experimenta a menor mudança de posição; conserva-se fixo no interior da cavidade pelviana, podendo apenas executar alguns movimentos communicados pelo S iliaco. Susceptivel como é de dilatar-se e intestino recto torna-se impossivel, diante dos dados que hodiernamente possui a sciencia, a obtenção de uma cifra que represente a média de sua circumferencia, uma vez que variações notaveis sobre um mesmo individuo, e estas dependentes do maior ou menor grão de plenitude da viscera, podem apresentar-se.

Apezar disto, não é sem interesse algum scientifico e utilidade pratica o pleno conhecimento dos limites de dilatabilidade do referido órgão, além dos quaes possa chegar sem trazer serios e graves inconvenientes.

G. Simon, que tem estudado no adulto o ponto até onde a mão introduzida no recto pôde chegar, sem determinar a ruptura das tunicas, affiança que, a dilatação neste órgão, varia segundo a porção que examina-se.

Dos seos estudos resulta:

1.º Que o maximo de dilatação na parte inferior deste órgão, é igual a uma circumferencia de nove polegadas e tres quartos, (24 centimetros.)

2.º Que no ponto correspondente e um pouco abaixo da inserção do meso-recto, a dilatação pode subir á 15 centimetros.

3.º Que ao nível do S iliaco ou colon-iliaco a dilatabilidade sendo muito menor que nos demais pontos mencionados, apenas e com algum custo o recto pode permittir a passagem de dous dedos. Si esta differença de dilatabilidade do recto no estado normal é peculiar á

certos e determinados pontos, segundo revela o exame, nos domínios da esphera pathologica pode a dilatação deste órgão ser tão consideravel, a ponto de dar-lhe um calibre quasi igual ao da excavação pelviana. Sappey, na minuciosa e regular descripção do calibre do recto, refere um caso de paralyisia de todo grosso intestino em um individuo de 40 annos, em que a ampoula terminal do recto apresentava uma circumferencia de 34 centimetros, calibre quasi igual ao da excavação pelviana. Do que fica exposto, já se vê que o intestino recto pode tomar proporções consideraveis, a menos que não exceda de um certo limite, quer no estado physiologico, quer sob a influencia de causas morbidas bem conhecidas.

Todavia, pôde-se dizer que, no estado normal, este órgão achando-se vasio e suas paredes applicadas uma a outra no sentido antero-posterior, como dá-se com a urethra, o seo calibre apparente não é superior ao do intestino delgado, segundo admite grande numero de anatomistas.

Como era de suppor-se, a direcção do recto, longe de ser rectilinea, é bem curvelinea e flexuosa, não só no sentido antero-posterior, como ainda no sentido vertical ou longitudinal.

Para bem comprehender-se esta disposição que lhe é inherente, é intuitivo precisar-se a sua origem, situação e trajecto na excavação da bacia.

Situado na pequena excavação, para diante da columna sacro coccygiana o recto, terceira e ultima porção do intestino grosso, e cuja origem é logo abaixo do S. iliaco, dirige-se para baixo, para traz e para direita, seguindo a curvatura sacro-coccygiana sobre a qual repousa.

Chegando ao vertice do coccyx,ahi inclina-se para terminar-se á 2 ou 3 centimetros para diante deste osso, do que resulta desviar-se da urethra, no homem, e da vagina, na mulher.

A' alguns centimetros logo abaixo de sua origem, isto é, ao nível da terceira vertebra sacra elle segue a linha mediana da qual afasta-se um pouco para applicar-se ao lado direito da quarta peça do sacrum.

Ahi, de obliquo que era de cima para baixo e de diante para traz, torna-se obliquo para baixo e para diante.

Desviando-se a principio da linha mediana, depois de havel-a attingido ao nível da terceira vertebra sacra, vai procural-a um pouco adiante, para de novo desviar-se della e depois de um curto trajecto attinge-a definitivamente, continuando a sua derrota para diante e

para baixo até chegar ao nível da linha transversal schiatica, onde ainda muda de direcção, para terminar-se no orificio anal.

Desta disposição toda particular e que acha a sua explicação na natureza do órgão e na forma do canal por elle percorrido, resulta que o recto, correspondendo a parte posterior da excavação pelviana e seguindo a direcção deste canal, apresenta flexuosidades bem pronunciadas, sobre tudo na sua metade superior, de sorte que muda tres vezes de direcção no sentido longitudinal.

Agora, si procurarmos estudar de um modo claro e succinto as tres porções devidas a mudança de direcção no trajecto deste órgão, veremos:

1.º Que a porção superior, denominada *super-peritoneal*, estendendo-se do estreito superior da bacia á quarta vertebra sacra, é obliqua de cima para baixo e de traz para diante, e mede 8 centímetros, pouco mais ou menos, de extensão.

2.º Que a porção média, denominada—*prostato-peritoneal*, é obliqua de cima para baixo e de traz para diante, mede 10 á 11 centímetros de extensão e vai ao vertice da prostata.

3.º Que a porção inferior, denominada—*ano-prostatica*, obliqua de cima para baixo e de diante para traz, não excede de 2 á 3 centímetros, no homem e 1 1/2 á 2 na mulher, e vai terminar-se no orificio anal.

Foi Sansão, um dos cirurgiões mais notaveis por seo profundo saber e amplo cabedal scientifico, quem estatuiu estas divisões do recto que, constituindo tres regiões distinctas, tornão mais facil e methodico o estudo de suas relações com os demais órgãos com elle contidos na excavação pelviana.

Attendendo, pois, para os dados anatomicos em que acha-se fundada tão scientifica e racional divisão, não poderemos deixar de aceitar-a com a maioria dos anatomistas, uma vez que ella indica-nos o verdadeiro caminho á deducções praticas de subido e real valor.

Apezar de assim procedermos, não deixaremos de enunciar uma outra divisão relativa ao assumpto e de fazer ao mesmo tempo o estudo critico sobre as bases em que fundão-se os extremos defensores desta divisão.

Para aquelles que admittem a divisão do recto em duas partes ou regiões—uma superior ou peritoneal e outra inferior destituída da



sorosa, é o *cul-de-sac* peritoneal, o limite ou ponto de separação entre esta e aquella região.

Susceptível como é de variar o *cul-de-sac* peritoneal, segundo demonstrão observações serias e conscienciosas, esta divisão do recto, sob o ponto de vista pratico, não tem razão de ser, tanto mais quanto não achão-se de *commun accord* os anatomistas que admittem-na, por isso que, para elles, a distancia que vai do *cul-de-sac* peritoneal ao anus, varia.

Assim, para Sappey esta distancia é de 5 á 6 centímetros, no homem e de 6, na mulher; para Velpeau de 2 á 3 pollegadas em ambos os sexos; para Lisfranc, Sanson e Malgaigne de 4 pollegadas, para Legendre 6, 7 e 8 centímetros; e finalmente para Richet de 10 centímetros.

Fort, que faz parte do numero d'aquelles que admittem esta divisão, classificando de irracional e destituida de importancia pratica a de Sanson que é a geralmente aceita, assim exprime-se na sua obra de anatomia descriptiva: (tomo 3º pag. 173, edic. de 1868. «Il est probable que ces observateurs n'ont pas tous opéré leurs recherches dans les mêmes conditions, et est utile de savoir que l'emboîment du sujet augmente considerablement la distance qui sépare l'anús du *cul-de-sac* peritonéal. L'état de vacuité ou de plénitude de la vessie est aussi une des causes qui font varier le point où se trouve le *cul-de-sac* peritonéal.»

Ora, se o estado de plenitude ou de vacuidade da bexiga, segundo refere Fort, bem como o de desenvolvimento do individuo influe sobre a situação do *cul-de-sac* peritoneal, é claro que este susceptível como é de variar, a divisão do recto encarada sob o lado pratico e não meramente theorico, é infundada e não pode prestar-se as exigencias praticas da cirurgia hodierna.

Como quer que seja, a direcção do recto na excavação pelviana não é rectilinea, mas sim curvelinea, pelo que apresenta curvaturas ou inflexões assaz pronunciadas, em numero de quatro, sendo duas lateraes e duas antro-posteriores.

As curvaturas ou inflexões lateraes que não deixão de ser importantes, guardão pequena distancia entre si, sendo que a mais elevada, cuja concavidade é voltada para a esquerda, corresponde a união da terceira com a quarta vertebra sacra.

Logo abaixo da primeira, no ponto correspondente a articulação sacro-coccygiana, encontra-se a segunda curvatura, menos pronun-

ciada que a primeira, cuja concavidade olha para direita e para diante.

Todas as vezes, porém, que o recto acha-se retrahido, estas curvaturas que só existem na parte superior tornam-se bem salientes, e desaparecem com a distensão completa do referido órgão.

As curvaturas antero-posteriores, muito mais pronunciadas que as lateraes, são constantes, quer o recto esteja retrahido ou em completa distensão.

A primeira, mais elevada e muito mais extensa que a segunda, tendo applicada sua convexidade no ponto correspondente a articulação da terceira com a quarta vertebra sacra, e sua concavidade dirigida para diante, representa um arco de circulo; emquanto que a segunda, correspondendo por sua convexidade ao vertice da prostata, no homem, e a parte anterior da vagina, na mulher, tem a sua concavidade voltada para baixo e para traz e apresenta a forma angular,

### **Relações do recto**

Situado e fixo na pequena excavação, o recto tem relações constantes e invariaveis, mas que differem segundo o sexo.

*Primeira porção.*—A primeira porção, que não differe muito em suas relações quer no homem, quer na mulher, distingue-se das duas outras—média e inferior pela existencia de um pediculo pouco extenso que lhe é fornecido pelo peritoneo e conhecido sob a denominação de *mesorecto*.

Esta dobra que reveste a disposição triangular, e que continua-se, por sua base, com o mesocolon iliaco, e, por seu vertice, corresponde a terceira vertebra sacra, é formada pela reunião das duas folhas da sorosa abdominal que, depois de passarem pelas faces anterior e lateraes do recto, vão encontrar-se na face posterior para constituirem a referida dobra, denominada *mesorecto*. Na espessura desta dobra, que não é mais do que uma dependencia do peritoneo, caminham a arteria mesenterica inferior, veias do mesmo nome, nervos e ganglios lymphaticos, sendo que estes são envolvidos em quantidade mais ou menos variavel de tecido cellulo-adiposo.

Bem que essa porção do recto, coberta exclusivamente pela sorosa peritoneal, em suas faces anterior, lateraes e posterior, seja fixa na parte posterior da bacia, todavia pode ella executar movimentos com-



municados pelo S iliaco ou colon iliaco; e é em virtude destes movimentos que ella varia grande numero de vezes de situação, a ponto de collocar-se, ora diante da parte sacra mediana, ora lateral direita, e até algumas vezes procurar as partes lateraes da excavação da bacia, ou ser impellida para diante.

Na situação normal, bem sei, a primeira porção do recto correspondendo, por seu lado posterior, a parte sacra lateral esquerda, e, por suas partes lateraes, as circumvoluções mais inferiores do ileon, apresenta-se coberta, para diante, pelas mesmas circumvoluções, que separão-na da face posterior do utero, na mulher, e da face posterior da bexiga, no homem.

Isto que tem logar quando o recto acha-se retrahido, não sóe dar-se no estado de dilatação; porquanto, neste ultimo caso, as circumvoluções intestinaes sendo recalçadas para a cavidade abdominal, a face anterior do recto poem-se em contacto com a face posterior da bexiga, no homem, e posterior do utero, na mulher.

Tanto no primeiro, como no segundo caso, o contacto não tem logar senão por intermedio das duas folhas da sorosa peritoneal, que cobrem os referidos órgãos.

Sendo assim, póde-se dizer, que é só neste ponto que differem as relações da primeira porção do recto entre um e outro sexo, ainda que a bexiga e o utero achem-se distendidos.

*Segunda porção.*—A segunda porção do recto, mais longa que a primeira, e que por si só constitue a metade da extensão total deste órgão, offerece, para traz e lateralmente, relações communs á ambos os sexos, mas que differem, para diante e superiormente, entre o homem e a mulher.

Sua face postero-inferior, que está em relação com a linha sacra mediana, repousa sobre o sacrum e a arteria sacra média, um dos ramos terminaes da arteria aorta abdominal.

Para fóra da linha mediana, ella repousa sobre as inserções mais superficiaes dos musculos pyramidaes, e, mais abaixo, sobre o coccyx e os musculos ischio-coccygianos.

Essa face que acha-se unida as demais partes por um tecido cellular frouxo, excepto para a linha mediana, onde a união é reforçada por fibras musculares proviuentes do recto, está em connexão com os ramos terminaes da arteria sacra média.

No tecido cellular frouxo, de quantidade mais ou menos variavel que existe abaixo della, encontra-se a glandula denominada coccygiana, ou glandula de Luschka, a qual certos auctores considerão como ponto da partida da maior parte dos tumores da região sacro-coccygiana, apesar de não admittirem-na todos os anatomistas.

Por suas faces lateraes, a segunda ou média porção do recto corresponde ao peritoneo que cobre-a superiormente, sem que todavia forme posteriormente dobra que lhe sirva de pediculo.

Para fóra, e inferiormente, encontra-se uma camada de tecido celluloso-adiposo, de espessura variavel, na qual vão ter filetes nervosos que emanão do plexo hypogastrico, e mais para fóra ainda a aponevrose pelviana superior e musculo levantador do anus, (levator ani) ou sub-pubio-coccygiano de Chaussier.

A face antero-superior da segunda, ou média porção do intestino recto apresenta relações differentes, que são as seguintes:

1.<sup>a</sup> No homem, essa face a principio é coberta pela sorosa peritoneal, cujo *cul-de-sac* aloja as circumvoluções do ileon, que separão sua face anterior da posterior da bexiga.

Abaixo do *cul-de-sac* e lateralmente, ella se acha em contacto com as vesiculas seminaes e canaes deferentes, e, sobre a linha mediana, com o baixo fundo da bexiga, separando-o, segundo Denonvilliers, a aponevrose prostato-peritoneal que não é outra cousa mais do que a porção média do plano muscular de fibras lisas, que, desdobrando-se lateralmente, recebe as vesiculas seminaes, formando-lhes um estojo ou bainha contractil.

Das adherencias das vesiculas seminaes, bem como dos canaes deferentes que convergem para diante, resulta a formação de um espaço triangular de base posterior. (1)

Mas, susceptiveis como são de variar as relações das vesiculas seminaes, segundo que a bexiga achá-se vazia ou distendida, succede no primeiro caso que ellas, afastando-se para occuparem as partes lateraes, deixão entre si um intervallo mais consideravel que augmenta

---

(1) E' neste espaço, por-meio do seo processo de talha recto-vesical, hoje abandonado, que Sanson penetrava na bexiga, e que Celso, no caso de calculos vesicaes ahi contidos, servia-se da introdução do dedo no recto, afim de sentindo-os, fazel-os salientes no perineo.

a extensão das relações da face anterior do recto com o baixo fundo da bexiga; e no segundo caso que ellas e os canaes deferentes approximando-se da linha média tendem á reunião dos seus bordos. Esta aproximação não é mais do que a consequencia da elevação do *cul-de-sac* peritoneal, determinada pela distensão completa do reservatorio urinario.

E não ha que duvidar.

A aponevrose prostato-peritoneal, que serve de meio de união ás vesículas seminaes, inserindo-se para cima no *cul-de-sac* peritoneal e achando-se destendida, no sentido vertical, pela elevação do ponto de inserção, determina a aproximação dos seus bordos, e consequentemente dos das vesículas seminaes.

Quanto as relações do peritoneo com a segunda ou média porção do recto, importa precizar-as de uma maneira criteriosa e positiva, uma vez que operações importantes e diversas sendo praticadas na região perineal, e, o que mais é, na extremidade inferior do intestino recto, exigem plenos conhecimentos da parte do operador sob pena de provocar uma peritonite aguda e fatal, no caso de comprometimento da serosa abdominal.

Dos estudos feitos pelo Dr. Sappey, actual professor da Faculdade de Medicina de Paris e distincto anatomista, deduz-se que, quando a bexiga está em completo estado de vacuidade, o *cul-de-sac* que forma o peritoneo, em vez de approximar-se da base da prostata, affasta-se della, na extensão de um centimetro, de sorte que o intervallo que vai do *cul-de-sac* ao anus varia de 5 á 6 centimetros.

No estado de dilatação média do reservatorio urinario, elle passando por traz da base da prostata, aproxima-se mais ou menos do recto, e, a proporção que a bexiga distende-se, o *cul-de-sac* eleva-se sem que todavia a distancia que vai do *cul-de-sac* recto-vesical seja superior á 8 centimetros.

Como Sappey, Legendre diz que esta distancia é de 7 á 8 centimetros; Velpeau, de 2 á 3 pollegadas; Denonvilliers, Demarquay, A. Richard e muitos outros, de 10 á 12 centimetros.

2.<sup>a</sup> Na mulher, a face anterior da porção média do recto apresenta relações que não podem ser desprezadas sem prejuizo á arte cirurgica. Estas relações são as seguintes:

1.<sup>a</sup>—Com o peritoneo e as circumvoluções do ileon que o separão da madre;

2.<sup>a</sup>—Com a parede inferior da vagina que lhe é unida em grande extensão, por meio de um tecido celular que goza de uma certa laxidão, o que estabelece uma certa independencia entre a parede rectal e a parede vaginal.

Esta independencia, todavia, não é absoluta, por quanto, nas quedas do recto e nos prolapsos consideraveis do utero é facil ver-se que a mucosa rectal tem sido arrastada com a parede da vagina em seo deslocamento. (1)

Em sua parte superior, a segunda porção do recto está, tanto no homem, como na mulher, em relação, para diante, com o *cul-de-sac* peritoneal que constitue a cavidade de Douglas, na qual são contidas as circumvoluções mais declives do ileon.

De importância e subido valor, não só para os anatomistas, como para os cirurgiões, é o estado das relações que entretém o peritoneo com a parede inferior da vagina e a distancia que vai do *cul-de-sac* ao anus.

Em todas as mulheres, geralmente fallando, o peritoneo desce até a parede inferior da vagina; mas, em algumas pôde dar-se o contrario, e então as relações são completamente modificadas.

*Terceira porção.*—A terceira porção do recto, ainda denominada porção inferior ou apal, muito mais curta que as duas primeiras, e que, no homem, mede a distancia de 3 centimetros e, na mulher, de 2 centimetros, apresenta relações que são communs aos dous sexos e relações proprias a cada um delles.

Limitada em o seo começo, quer no homem, quer na mulher, pelos musculos levantadores do anus aos quaes acha-se inteiramente preza, e um pouco abaixo pelo esphincter extreno que a cerca a maneira de um infundibulo, esta porção corresponde, lateralmente e sobre um plano mais afastado, aos vasos hemorrhoidaes inferiores e a uma

---

(1) Em um caso de estreitamento do recto (veja-se a obs. 2.<sup>a</sup>) em que havia prolapso do utero, como consequencia de extraordinarios e repetidos esforços empregados pela doente afim defecar, tive occasião de verificar, por meio do toque rectal, o desvio da mucosa do recto, determinado pelo deslocamento da parede vaginal.

camada de espessura variavel de tecido adiposo que enche as fossas ischio-rectaes.

1.º No homem, a porção anal do recto, por sua parte antero-superior, afasta-se do vertice da prostata e da porção membranosa da urethra, e, um pouco abaixo, forma com esta porção, que dirige-se para baixo e para diante, um angulo que Sappey avalia em 75º á 80º.

Este angulo constitue o vertice de um triangulo, cuja base é representada pela pelle do perineo, o lado anterior pelo bulbo e o lado posterior pela parede anterior do recto que mede, pouco mais ou menos, 25 millimetres.

Na area deste triangulo (1) encontrão-se as fibras dos musculos esphincter externo do anus, bulbo cavernoso, transversos superficial e profundo, algumas fibras pallidas do levantador do anus e as glandulas bulbo-urethraes, denominadas glandulas de Méry.

2.º Na mulher, a parede vaginal inferior achando-se unida á parede anterior da ultima porção do recto para constituir o septo recto-vaginal que é composto de duas laminas, uma superior ou vaginal que desce um pouco mais que a inferior, a porção anal do recto não forma, como suppõe alguns anatomistas, um triangulo analogo ao triangulo recto-urethral do homem; porquanto a vagina e o recto se juxtapõe para darem origem ao septo recto-vaginal.

Em sua parte inferior, o septo recto-vaginal é cortado obliquamente, o que fal-o augmentar em largura, e é coberto pela pelle do perineo, cujas dimensões antero-posteriores são mais estreitas e intimas na mulher, que no homem.

Abaixo da pelle do perineo encontra-se uma camada de tecido celluloso-adiposo que conjuntamente com a pelle contribuem para a união da porção anal do recto com a porção adjacente da vagina, reforçando esta união algumas fibras longitudinaes do recto.

Eis, pois, terminado o estudo da anatomia descriptiva do recto, pelo que passaremos ao da sua estructura.

---

(1) E' neste espaço, sobre tudo para o angulo recto-urethral, que Dépuytren introduzia o lithotomo duplo na operação da talha bilateral, e que Nelaton praticava a talha pre-rectal com certeza e convicção mathematicas.

## Estructura do recto

Contendo os mesmos elementos que o grosso intestino do qual distingue-se por alguns detalhes de estrutura, o recto, ultima porção do canal intestinal, além de vasos e nervos, compõe-se de quatro camadas ou tunicas, merecendo cada uma dellas uma descripção methodica e especial.

Estas camadas ou tunicas, que se achão superpostas, são de fóra para dentro: a tunica sorosa, a tunica muscular, a tunica cellulosa e a tunica mucosa. (1)

*Primeira camada, ou tunica sorosa.*—Esta camada que é constituída pelo peritoneo, comporta-se com a primeira porção do recto da mesma maneira que com a ultima porção do colon. Fazendo completamente falta na ultima porção do recto, ella apenas adhire, por meio de um tecido cellular muito frouxo, ás faces anterior e lateraes da primeira porção, em quanto que, na segunda porção, corresponde exclusivamente a parte posterior.

Quando a bexiga ou reservatorio urinario acha-se muito cheio, a tunica sorosa reveste, lateralmente e na mesma extensão, o terço ou quarto superior da face anterior da segunda porção e quando vasia uma extensão mais ou menos dupla.

Na mulher, como sabe-se, em que o *cul-de-sac* peritoneal não varia tanto de situação como no sexo opposto, essa tunica cobre toda a metade superior da porção média do recto.

*Segunda camada, ou tunica muscular.*—Composta de dous planos de fibras, esta camada offerece certa importancia que absolutamente não se encontra nas partes mais elevadas do intestino grosso.

Em razão das funcções de expulsão de que é incumbido o recto, os dous planos que entrão na constituição da tunica muscular apresentam uma grande espessura a qual Kölliker avalia em 2,<sup>mm</sup> 2 e Fort em 2 millimetros.

Marcier faz observar que esta tunica nos velhos é habitualmente hi-

---

(1) Alguns auctores admittem apenas tres camadas, e considerão a tunica cellulosa fazendo parte da tunica mucosa, á qual acha-se estreitamente unida em toda sua extensão.



peritrophiada, e, que além desta particularidade, apresenta-se com a coloração própria dos musculos estriados, ou musculos da vida animal.

Como quer que seja, duas ordens de fibras musculares formão estes planos, sendo o primeiro ou superficial, que é o mais completo, constituido por fibras longitudinaes, e o segundo ou profundo, de maior espessura, por fibras circulares.

As fibras longitudinaes que até certo tempo merecerão a attenção de alguns auctores, por isso que considerarão-nas formando sobre as primeiras porções do grosso intestino tres faxas distinctas, que chegando a parte rectal superior confundirão-se para formarem um plano continuo; hoje, segundo a opinião de Sappey, que as tem estudado de um modo todo particular, ellas não apresentam esta disposição.

Para este notavel anatomista, a faxa anterior do colon descendente continua-se para diante do recto até o anus, confundindo-se quasi immediatamente com ella a faxa externa. A interna, occupando a parte posterior do recto e indo ter como a anterior ao anus, mostra que estas tres faxas reduzidas a duas, uma anterior, larga, delgada e affectando a fórma de uma fita, a outra posterior, mais estreita, espessa e affectando a fórma de um cordão, conservão-se isoladas até os seus limites terminaes.

Entre estas duas faxas, nascem, da parte superior do recto, fibras lateraes superpostas, mais numerosas para a parte terminal do recto, que entrecruzão-se, tornando mais completo o plano de fibras longitudinaes.

Quanto ao modo de terminação das fibras longitudinaes, as sérias e reiteradas pesquisas de Sappey e do Dr. Leroux, distincto cirurgião do hospital de Versailles, demonstrão o seguinte:

Considerando-se o plano da excavação pelviana formado de trez camadas, a 1.<sup>a</sup> representada pela aponevrose pelviana superior, a 2.<sup>a</sup> pelos musculos levantadores do anus, e ischio coccygiano, a 3.<sup>a</sup> pela pelle e pânico adiposo; as fibras longitudinaes atravessando essas trez camadas necessariamente tomão inserção sobre cada uma dellas. Dahi a possibilidade na decomposição do plano que ellas formão, em trez planos secundarios, um superior, um médio e um inferior.

Estudando-se separadamente cada um destes planos, chega-se ao conhecimento de que as fibras que formão o plano superior ou superficial, não terminão-se da mesma maneira para traz e lateralmente.

Para traz, ellas reflectindo-se de baixo para cima e subindo até o vertice do sacrum, dão origem a um pequeno feixe de concavidade superior, denominado feixe *retractor do anus*, destinado a trazer, para cima e para traz, a porção terminal do recto.

Em geral, pallidas e inserindo-se no vertice do sacrum por meio de duas interdigitações que sobre a linha mediana afastão-se em angulo agudo para dar passagem a arteria e veia sacras médias, são as fibras longitudinaes que constituem o feixe *retractor do anus*.

D'entre estas fibras, algumas não chegam até o sacrum e prendem-se, umas, na intersecção fibrosa dos musculos ischio-coccygianos, e outras na parte mediana da face anterior do coccyx.

Lateralmente as fibras longitudinaes deste plano fixão-se na face profunda da aponevrose pelviana superior.

O plano médio, cujas fibras são em maior numero, vai inserir-se na intersecção fibrosa, que Denonvilliers considerava como um prolongamento da aponevrose prostato-lateral, e que dá, por sua face opposta, inserção as fibras do musculo levantador do anus.

Segundo Sappey, as fibras que inserem-se nesta aponevrose continuam-se com as do musculo levantador do anus até a circumferencia da bacia, onde estas ultimas se fixão, do que resulta a formação de arcadadas de concavidade superior, applicadas, por uma das extremidades, a parede do recto e pela outra as paredes da excavação pelviana.

As fibras longitudinaes, que constituem o plano profundo, apresentam as mesmas inserções. Em geral, inserem-se na face profunda da pelle que rodeia o anus, e esta inserção faz-se por pequenos tendões que atravessão o esphincter externo, ou caminham entre elle e o esphincter interno para terminarem-se na pelle, justamente no ponto em que ella continua-se com a mucosa.

As fibras circulares que formão a camada subjacente a preeedente, que é separada da mucosa por um pouco de tecido cellullar, não differem, quanto a disposição geral, das demais fibras do restante do grosso intestino.

O plano constituido pela reunião destas fibras offerece uma espessura que não é uniforme em toda a extensão do recto.

Bastante desenvolvido na primeira porção do recto, este plano torna-se delgado na segunda, e muito espesso na terceira porção, onde toma o nome de esphincter interno do anus.



Pela falta de uniformidade no desenvolvimento das fibras circulares, sobre tudo para a parte rectal média onde ellas são pouco ou nada numerosas, é que explica-se a desigualdade da retracção do órgão, cujo calibre relativo á sua primeira porção é muito menor que o da porção média, denominada por alguns auctores de ampoula rectal.

E' geralmente, na ampoula rectal, que accumulão-se as materias estercoraes.

Frequentemente, sobre a porção média, ao nivel da base da prostata ou um pouco acima, encontra-se um feixe de reforço assignalado por Nélaton sob a denominação de esphincter superior.

Segundo a maioria dos pathologistas, é ao nivel deste feixe de reforço que tem sede a maior parte dos estreitamentos organicos do recto.

Situado á 6, 7, 8 e algumas vezes 9 centímetros acima do anus e occupando ora a parte intestinal anterior ou posterior, ora as partes lateraes ou antero-lateraes, o feixe de reforço ou esphincter superior, de Nélaton, que tem de largura 1 centimetro e de espessura 2 á 3 millímetros, não cerca completamente toda a circumferencia rectal, mas somente a sua metade ou dous terços.

Algumas vezes, o feixe de reforço pode ser duplo ou triplo, como refere Sappey em um caso por elle visto e que vem publicado na sua bella e classica obra de anatomia descriptiva.

*Terceira camada, ou tunica cellulosa.*—Intermedia as tunicas muscular e mucosa é a tunica cellulosa, não só no recto, como em todo o restante do intestino.

Destinada a dar passagem as ramificações vasculares e a facilitar os movimentos de escorregamento da mucosa sobre a tunica muscular, ella é de mui grande laxidão e fraca adherencia acima do anus, pelo que explica-se o prolapso tão frequente da mucosa rectal nas crianças.

*Quarta camada, ou tunica mucosa.*—Intimamente unida á camada de fibras circulares nos tres quartos superiores do recto, a tunica mucosa, vista por sua face interna, apresenta uma coloração cinzenta que pode ser modificada pela presença de materias fecaes, ou de estados pathologicos.

No estado de retracção do recto ella forma uma serie de pequenas dobras longitudinaes que desapparecem com a dilatação do órgão.

Correspondendo ao feixe de reforço, assignalado por Nélaton, encontra-se uma grande dobra da mucosa dirigida transversalmente, que occupa a metade e algumas vezes um pouco mais da circumferencia intestinal e que tem por séde a parte anterior ou posterior do recto.

Além desta dobra mais ou menos consideravel, Houston descreve duas valvulas falciformes, que desaparecem com a distensão das paredes do recto.

Glisson e Morgagni tambem descrevem uma serie de pequenas dobras existentes ao nivel do bordo inferior do esphincter interno, denominadas valvulas semilunares, as quaes, inserindo-se por seos bordos livres, constituem especies de pilares a que Morgagni chamou columnas do anus (*columnæ ani*).

A camada epithelial que reveste a superficie interna da tunica mucosa, pertencendo a segunda variedade do epithelio simples, isto é, daquelle em que as cellulas são cylindricas, mostra-se uniforme e regular em toda a sua extensão. Desprovidas de vasos e nervos, como em geral são os epithelios, as cellulas desta camada nutrem-se por embebição a maneira das cartilagens, e incessantemente renovão-se, pelo que achão-se sujeitas a uma vida transitoria e limitada.

As glandulas, que ali encontrão-se, são de duas especies: glandulas em tubo ou glandulas de Lieberkun, e folliculos fechados.

Estes folliculos, em geral isolados, achão-se situados na espessura da mucosa rectal. Ordinariamente mais volumosos que os do intestino delgado, á elles corresponde uma pequena depressão ou ponto da mucosa, que simula um conducto excretor, outr'ora admittido por Böhn e por Sappey.

*Vasos e nervos.*—Em tempos remotos, em que o estudo da anatomia descriptiva feito em cadaveres era considerado como uma falta de respeito ao culto divino, as arterias do recto erão distinctas pelos anatomistas daquella epocha em hemorrhoidaes internas, fornecidas pela mesenterica inferior e em hemorrhoidaes externas, oriundas da hypogastrica ou arteria iliaca interna.

Hoje, porém, que os estudos praticos constituem a base fundamental dos differentes ramos da medicina, essas arterias são classificadas de hemorrhoidaes superiores, hemorrhoidaes médias e hemorrhoidaes inferiores.

Se bem que as hemorrhoidaes superiores sejam as verdadeiras arterias do intestino recto, todavia as hemorrhoidaes médias fornecem alguns ramos á este órgão, distribuindo-se exclusivamente á região anal as arterias hemorrhoidaes inferiores.

Ramos da mesenterica inferior, as arterias hemorrhoidaes superiores distribuem-se em toda a extensão do recto. A principio situadas para traz e na espessura do mesorecto, como sóe dar-se com o tronco de onde ellas proveem, separão-se delle, para contornarem, de traz para diante, a primeira porção do recto.

Ao nivel da segunda, ou média porção rectal, os dous ramos de bifurcação da mesentrica inferior caminham quasi parallelamente as faces lateraes do recto e não attingem a face anterior deste órgão senão no ponto de terminação. Algumas vezes, em logar de bifurcarem-se, trifurcão-se, seguindo o terceiro ramo a face rectal posterior.

Geralmente, de volume desigual, estes dous ou trez troncos dão origem a alguns ramos que atravessão a tunica musculosa somente ao nivel da terceira porção do recto e sobem em seguida entre as tunicas musculosa e mucosa, deixando nesta pequenos ramos queahi penetraão, depois de dividirem-se a maneira dos raios de uma estrella.

As arterias hemorrhoidaes médias, extremamente variaveis em a sua origem, emanão do tronco da hypogastrica e são destinadas particularmente, no homem, as vesiculas seminaes e a prostata, e na mulher, vão distribuir-se na espessura do septo recto-vaginal, parede posterior da vagina e anterior do recto.

As arterias hemorrhoidaes inferiores, nascendo da pudenda interna, ramo da hypogastrica, distribuem-se na pelle do anus e no musculo esphincter externo.

*Veias.*— As veias, geralmente numerosas, constituem uma rede muito desenvolvida, ou melhor plexo venenoso ao nivel das dobras ou valvulas semilunares da mucosa, onde torna-se a séde mui frequente de tumores hemorrhoidaes. Todas ellas vão lançar-se na veia mesentrica inferior, constituindo os ramos de origem mais afastados da veia porta.

*Lymphaticos.*— Os vasos lymphaticos, nascendo em grande numero da parte superior da mucosa do recto, formão redes bem pronunciadas, sobre tudo para a parte inferior da referida mucosa. Os troncos que delles emanão vão ter a uma numerosa serie de ganglios de pequeno volume, situados sobre o tracto das arterias e veias hemorrhoidaes.

superiores, desde a base da prostata, até o nível do promontório sacro, onde a cadeia que elles formão, continua-se com os ganglios situados para diante da columna lombar.

Contrario á opinião de alguns auctores, cremos que os vasos lymphaticos do recto vão lançar-se em uma serie de ganglios proprios do intestino, e não nos ganglios lateraes da excavação pelviana.

*Nervos.*—Os nervos do recto proveem de duas origens: do systema vegetativo, representado pelo trisplanchnico ou grande sympathico, e do systema cerebro-espinhal, representado pelos centros nervosos.

As divisões relativas ao primeiro systema são de origens diversas.

1.º do plexo mesentrico inferior, cujos filetes acompanhão os principaes ramos das arterias hemorrhoidaes superiores, e se estendem, como ellas, até a parte terminal do intestino.

2.º da porção sacra do ganglionario, ou grande sympathico.

3.º dos plexos hypogastricos.

Os nervos que originão-se do segundo systema, isto é, do eixo cerebro-espinhal, provêm do terceiro, quarto e quinto pares sacros, apesar de ser muito difficil esta distincção.

Independente dos plexos hemorrhoidaes superior e médio, existe ainda o plexo hemorrhoidal inferior, cujos filetes satellites dos vasos do mesmo nome vão distribuir-se na região anal. (Sappey).

### **Physiologia do recto**

O recto, teceira e ultima porção do grosso intestino, preenche um duplo papel mechanico.

De uma parte, este orgão serve de reservatorio ás materias estercoraes, e de outra, occorre de uma maneira activa á expulsão das mesmas, no momento da defecação.

O toque rectal, bem como o vaginal praticados, *secundum artem*, e as autopsias vêm em apoio desta nossa asserção e revelão de modo claro e inconcusso a presença de materias fecaes na ampoula rectal.

No anno de 1833, James O' Beirne em sua memoria, muitas vezes citada, sobre o processo da defecação, nega *totis viribus* a existencia de accumulo das materias estercoraes neste orgão, e, o que mais é, na ampoula rectal.

Para elle, o accumulo das fezes fazendo-se exclusivamente na por-

ção curva do S iliaco ou colon iliaco, e um pouco acima, o recto conserva-se vazio e contrahido, sem que a ampoula rectal participe desta contracção.

Apezar da valiosa opinião e serios argumentos apresentados pelo distincto cirurgião, hoje ninguém contesta, diante da pratica e da observação, a presença de fezes na ampoula rectal no intervallo das dejecções.

No momento em que as materias fecaes acabão de ser expellidas e que ainda não têm sido substituidas por outras, a parede rectal anterior acha-se applicada sobre a parede posterior pela pressão excêntrica das visceras abdominaes, e, em particular, pela da bexiga distendida pela urina. Mas a porção que ellas chegam ao recto, a porção deste órgão que não é reforçada pela sorosa peritoneal apresentando uma menor resistencia que nos demais pontos, permite-lhes ahi accumularem-se.

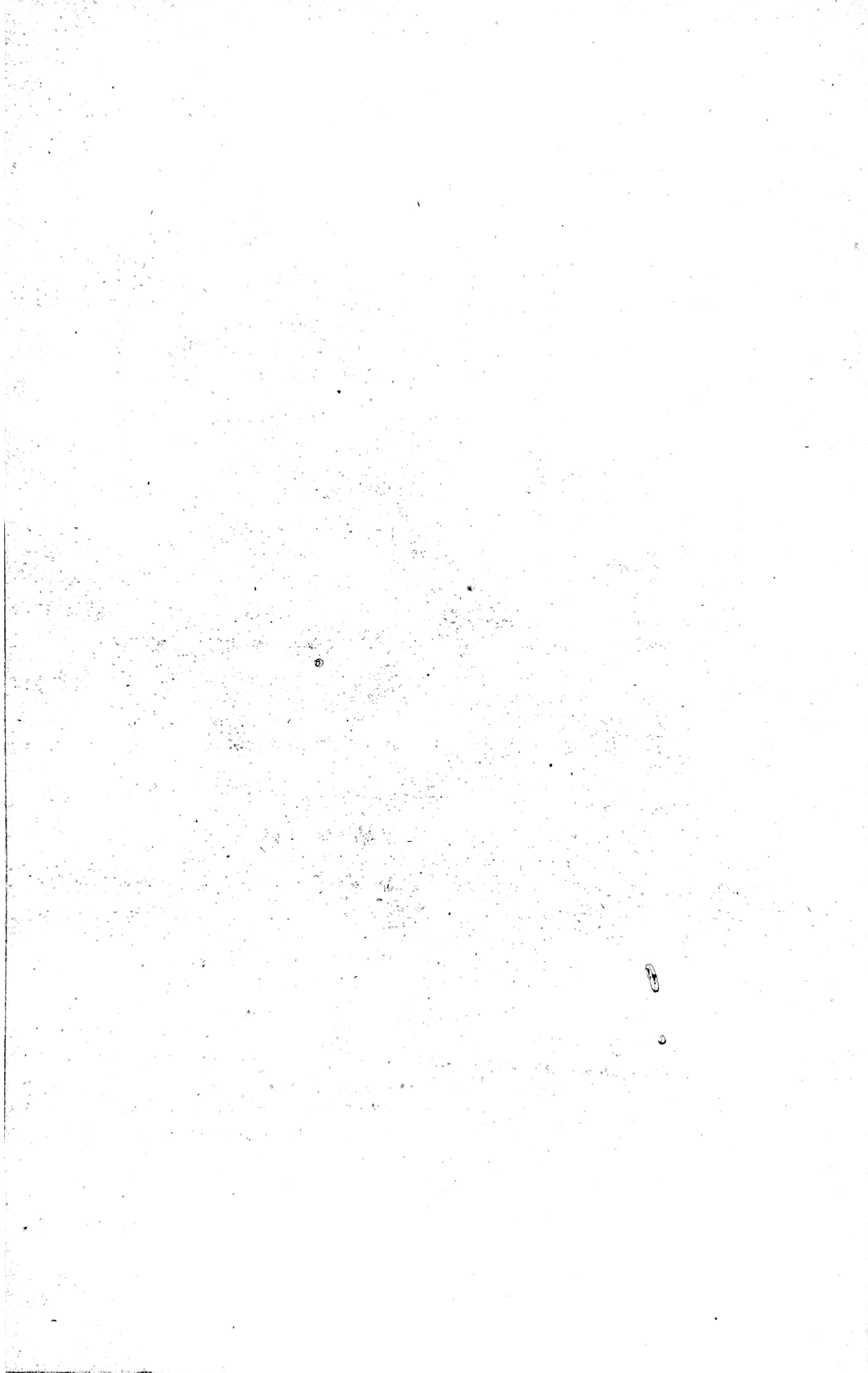
E' justamente neste ponto que observa-se a ampoula rectal, que não tinha razão de ser, si as fezes não fossem retidas neste ponto por algum tempo.

Entre as pessoas habitualmente constipadas, entre os velhos e particularmente entre as mulheres peçadas, a ampoula rectal pode attingir á dimensões consideraveis. Algumas vezes a sua distensão pelas materias estercoraes é tão grande que por si só chega a occupar quasi toda a cavidade da pequena bacia, recalcando, para diante e para cima, a bexiga no homem, e o utero na mulher.

Compreende-se que, susceptivel como é de dilatar-se o intestino recto, sobre tudo em a sua porção média, a introdução de uma mão inteira é possivel, razão pela qual alguns parteiros têm recorrido á esta manobra para remediarem os casos de retro-versão uterina no começo da prenhez.

Pela estrutura de que é dotado este órgão, vê-se que na maioria das vezes elle por si só basta para expellir as materias fecaes, e, em outros casos não o podendo fazer, é auxiliado pelos musculos diaphragma e abdominaes.

Quanto ao seo poder absorvente, a therapeutica o demonstra clara e positivamente.





## SEGUNDA PARTE

---

### **Considerações geraes sobre os estreitamentos do recto**

Os estreitamentos do recto, que em geral constituem uma das affecções mais graves da porção terminal do tubo digestivo, são congénitos ou adquiridos.

Por serem estes ultimos muito mais frequentes na pratica, sobre tudo entre nós, começaremos pelo estudo delles, não deixando todavia de fazer algumas considerações relativas aos primeiros, que, ordinariamente manifestando-se nas crianças desde o momento do nascimento, podem permanecer por algum tempo, a menos que a intervenção da arte não torne-se precisa.

### **Estreitamentos rectaes adquiridos**

Diversamente da opinião de Gross que affirma serem muito raros os estreitamentos do recto, por isso que têm sido maior numero de vezes descriptos do que observados, hoje, diante dos factos registrados pela sciencia, está provado que esta affecção é muito frequente, principalmente nas classes baixas; e Allingham, em uma estatística relativa as molestias do recto, apresenta em 4000 casos de diferentes affecções deste órgão 178 de estreitamentos.

Alguns puctores, que negam a frequencia d'esta affecção, combatem a estatística apresentada pelo distincto clinico Inglês, porquanto dizem elles «a contractura do esphincter do anus levada a um certo gráo, sobretudo se ella acompanha uma ou mais ulcerações da mucosa rectal, pode simular um estreitamento que em realidade não existe.»

Por esta razão, para elles a estatística de Allingham não pode merecer toda confiança e aceitação, visto como não exprime a frequencia real dos estreitamentos propriamente ditos do recto.

Emittindo a nossa humilde e obscura opinião a tal respeito e firmado em estudos de observação séria e reflectida, podemos affiançar que entre nós a enfermidade de que se trata é muito commum nos individuos da classe inferior, e de preferencia manifesta-se nas mulheres.

O numero de casos por mim observados no hospital da Santa Casa de Misericordia e na clinica civil de alguns distinctos cirurgiões, vem em apoio da opinião d'aquelles que admittem a frequencia dos estreitamentos do recto, hodiernamente estudados com a proficiencia e clareza que caracterisão os espiritos affeitos á trabalhos praticos e conscienciosos.

Sob o ponto de vista scientifico, os estreitamentos do recto são considerados como devidos a alterações das paredes intestinaes, pelas quaes o intestino diminuindo de calibre difficulta ou impede a sahida das materias fecaes.

Si bem que certas causas possam determinar o phenomeno de coarctação rectal sem que haja alteração de estrutura das paredes intestinaes, todavia nunca deve-se considerar semelhante phenomeno como constituindo um verdadeiro estreitamento do recto. A seguinte observação assim o demonstra:

**OBSERVAÇÃO:—***Compressão do recto por um tumor do utero; prolapso da vagina; retenção de fezes; ausencia de estreitamento.* (Hospital da Caridade.)

H. M. de 36 annos, creoula, solteira, livre, nunca tendo parido, boa constituição, apresentou-se na sala de consultas do Hospital da Caridade, em 6 de Agosto do presente anno.

Diz nunca ter soffrido de molestias venereas nem syphiliticas, apenas de sarnas na infancia.

Fazendo a historia progressa dos seus soffrimentos, refere-nos que ha 2 para 3 annos, appareceo-lhe no ventre um pequeno tumor que julga proximo de um grande esforço que fizera.

Logo no começo do apparecimento não experimentou o menor incommodo de saúde; as regras fazião-se regularmente e com os mesmos intervallos; as funcções digestivas erão faceis e promptas; as defecações sem dores e esforços; porém, ultimamente (1877), pelo lado do utero e do tubo digestivo, tem experimentado as seguintes alterações:

Irregularidade nas regras, que, algumas vezes são abundantes e alternando com a supressão; inappetencia; digestões difficilimas e laboriosas; alternativas de constipação e diarrhéa; grande difficuldade para defecar; as dejeções, além de



penosas, são acompanhadas de tenesmos e muitas vezes com intervallos de 3 e 4 dias; as fezes ora são solidas e ressequidas, ora molles e muito fetidas.

Com o uso prolongado de laxativos tem conseguido melhoras, porém passagens.

O seo estado geral não é máo.

*Exames do abdomen, do recto e da vagina.*—A apalpação abdominal demonstra a existencia de um tumor duro e bastante desenvolvido, tendo por séde o utero.

Applicadas as mãos sobre o abdomen, de modo que a direita, por sua face palmar, abranja toda porção abdominal correspondente a massa do tumor, e a esquerda, por seo bordo cubital fazendo pressão sobre o utero, determine a immobillidade deste órgão, percebe-se francamente um tumor duro, de superficie muito desigual (bosselée) e susceptivel de executar movimentos de lateralidade.

A' 5 ou 6 centímetros acima do anus, sente-se uma porção do tumor que recalca a parede anterior do recto, sobre tudo se a doente occupa o decubito dorsal. Este recalçamento ainda não determinou a diminuição do calibre intestinal, por isso que a introdução do index fez-se facilmente.

A porção intestinal situada acima do tumor é dilatada e não contém accumulo de materias fecaes; a situada abaixo apresenta, mais ou menos, o calibre normal.

O emprego do *speculum ani* deixa ver o estado de molleza e brandura da mucosa intestinal que é apenas turgescence. O toque vaginal revela o prolapso da vagina, consequencia do peso do tumor, e a presença do collo do utero logo na entrada vulva. Por esta razão não foi preciso o emprego do especulo. O collo do utero não é dilatado e apresenta, na parte inferior e um pouco para direita, uma elevação mamilliforme, não ulcerada. A mucosa vaginal é intacta.

Diante dos dados contidos n'esta observação, não se pode dizer que trata-se de um caso de verdadeiro estreitamento do recto, apesar de existirem os symptomás de retenção e as perturbações funcçionaes que em geral acompanhão os estreitamentos organicos. O que não contestaremos é que mais tarde possa sobrevir uma alteração das tunicas do recto recalçado pelo tumor, e assim ter logar a formação de um estreitamento.

Os verdadeiros estreitamentos do recto, geralmente admittidos pelos auctores, são os fibrosos que dividem-se em simples e complicados, e os cancerosos.

Os fibrosos que são os mais frequentes, denominão-se simples quando não apresentam senão ulcerações da mucosa rectal que podem deixar de existir, o que é muito raro; e os fibrosos complicados

são os que geralmente são acompanhados de fistulas que podem ser completas ou incompletas, indo aquellas abrirem-se acima ou abaixo do aperto intestinal.

Na maioria dos casos as fistulas abrem-se acima ou abaixo das coarctações e excepcionalmente, ora na bexiga, na vagina, na vulva; ora na pelle do perineo, do escroto e das regiões gluteas.

Os estreitamentos cancerosos são os que resultão da presença do cancro que pode ter por sede ou o proprio intestino recto, ou outro órgão contido na excavação pelviana.

Além dos estreitamentos fibrosos e cancerosos, alguns pathologistas admittem os espasmodicos, e fazem d'elles uma classe a parte.

H. Smith que aceita-os e como elle o illustradissimo Professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro o Sr. Dr. Vicente de Sa-  
boia, (1) cita um caso desta affecção, em que a coarctação foi tão exa-  
gerada que reduzio o diametro do recto a 6 ou 7 millimetros, sem o  
espessamento das tunicas.

Sobre este ponto seja-nos permittido emittir a nossa opinião com-  
pletamente opposta a dos pathologistas, que admittem a existencia de  
taes estreitamentos.

Pelos dados anatomicos fornecidos pelo estudo da parte musciosa  
do recto, comprehende-se que pouca ou nenhuma analogia existe en-  
tre a porção musciosa da urethra e a desse órgão e muito menos en-  
tre a do oesophago e a do recto.

Se nestes dous ultimos órgãos as contracções musculares podem de-  
terminar a impossibilidade do catheterismo; no recto, a não ser ao ní-  
vel do esphincter anal, onde encontram-se fibras musculares numero-  
sas da vida de relação, o phenomeno de espasmo não tem lugar e con-  
seguintemente a coarctação. Ainda quando isto se dê, ou melhor um  
estreitamento espasmodico manifeste-se, nunca será acompanhado de  
graves perturbações funcçionaes, nem tão pouco os meios de trata-  
mento a empregar-se serão os mesmos que nas coarctações organicas  
de natureza fibrosa ou cancerosa.

---

(1) Progresso Medico, n.º 1—, 5 de Novembro de 1876. Estreitamento fibroso  
da extremidade inferior do recto; rectotomia pelo galvano-caustico; cura sem  
accidentes. Lição de clina cirurgica feita a 16 de Maio de 1876.

A physiologia e a therapeutica por nós invocadas irão provar da maneira mais clara e concludente esta nossa asserção.

Para que nos estreitamentos espasmodicos do recto se dessem graves perturbações funcionaes, a ponto da saúde do individuo ser comprometida seria e gravemente, tornar-se-hia preciso que a physiologia não ensinasse-nos que a *intermittencia* é o caracter geral da contracção muscular, como da maior parte dos actos que estão sob a dependencia do systema nervoso.

A contracção permanente dos esphincteres do anus é um facto rarissimo e em mais de 12 casos de estreitamentos rectaes por mim observados, nunca tive occasião, si quer, de presenciar um estreitamento de natureza espasmodica.

Mas, dada a hypothese que a contracção dos esphincteres seja permanente e que um estreitamento espasmodico seja a consequencia inevitavel, a therapeutica nas suas bellas e racionaes prescripções é por demais competente para dissipar toda scena que se passa, e de prompto fazer voltar ao estado normal a parte affectada.

E' nos casos de estreitamentos espasmodicos, quer do recto, quer da urethra, que o emprego de substancias conhecidas sob a denominação de ante-espasmodicos, pela propriedade que gozão de relaxar as fibras musculares, preenchem o grande *desideratum* pratico.

A applicação dos preparados de belladona e a anesthesia pelo chloroformio bastão para demonstrar que não se trata de estreitamentos organicos, mas sim de simples espasmos, não tendo em taes casos nada que ver a intervenção da arte cirurgica.

Eliminidos, pois, os estreitamentos espasmodicos, passemos ao estudo dos fibrosos e dos cancerosos.

Ordinariamente unicos, os estreitamentos fibrosos bem como os cancerosos podem ter por séde qualquer das trez porções do recto, e resultão, estes de uma producção neoplasica, susceptivel de revestir as diversas fórmulas que pode affectar o cancro, e aquelles da proliferação do tecido conjunctivo da parede rectal.

A maior parte dos pathologistas, que ultimamente se teem dado ao estudo desta affecção e cujos trabalhos correm mundo, dão como séde mais frequente dos estreitamentos fibrosos a parte superior da terceira porção do recto, denominada por Gosselin de esphincteriana, sobretudo os de origem syphilitica.

Para Dezault, Costallat, A. Bérard, Follin, Fano, Gosselin e outros, a porção rectal situada á 4 ou 5 centímetros do anus é a séde de predilecção dos estreitamentos.

Outros considerão como séde mais commum o ponto de união da porção média ou ampoular com a inferior ou esphincteriana, procurando dest'arte estabelecerem uma certa analogia com a séde dos estreitamentos urethraes da porção membranosa do canal da urethra.

Quanto aos estreitamentos cancerosos, a séde mais frequente é a porção superior do recto, e a sciencia registra factos de estreitamentos desta natureza bem como os fibrosos occuparem o ponto de união do recto com o S iliaeo.

Boyer dá como séde constante das coarctações fibrosas e das cancerosas o anel musculoso conhecido sob a denominação de *valvula de Houston* e a ampolla rectal. Para nós, a séde dos estreitamentos rectaes, quer sejam fibrosos, quer sejam cancerosos, é muito variavel tanto mais quanto é esta lesão uma affecção que reconhece causas multiphas e diversas. O que podemos affirmar é que a maior parte dos estreitamentos fibrosos não tem por séde mais que 9 centímetros acima do anus e por consequente são accessiveis ao toque.

Em geral unico, o estreitamento fibroso pode ser duplo ou multiplo. Em um doente operado, na casa de saúde do Sr. Dr. Domingos Rodrigues Seixas, pelo illustrado Professor de Anatomia Topographica e Operações o Sr. Dr. José Antonio de Freitas (vid. a obs. I.) tive occasião de ver e apreciar pela primeira vez um caso de estreitamento fibroso duplo, sendo o primeiro situado á 4 centímetros acima do anus e o segundo á 2 centímetros acima do primeiro.

Nos casos de estreitamento fibroso simples ou complicado, o aperto pode apresentar-se ora sob a fórma de um verdadeiro diaphragma perforado ao centro, ora sob a fórma valvular ou semi-lunar, o que é mais commum, revestir a disposição de um anel fibroso, duro e resistente que oppõe uma forte barreira á expulsão das fezes. Outras vezes, porém, o estreitamento sóe apresentar a disposição de bridas insertas em diversos pontos da circumferencia rectal e por tal fórma adherentes ás paredes intestinaes que oppõe uma forte resistencia a introducção do dedo explorador.

Nos estreitamentos de fórma membranosa, sobre tudo nos que representam um verdadeiro diaphragma perforado ao centro, o orificio pode

ser de dimensões diversas, e permittir ou a passagem de uma sonda de pequeno calibre, ou a 1.<sup>a</sup> phalange do dedo indicador. No caso de Talma, cuja configuração da peça natural existe no museu de Dupuytren, o estreitamento era tão pronunciado que se podia dizer que houve uma obliteração completa do canal intestinal.

Em geral as coarctações não são tão exageradas e permittem a passagem da 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> phalanges do dedo indicador.

Attendendo-se para a fôrma dos estreitamentos fibrosos, vê-se que elles podem formar 4 classes distinctas, a saber: —1.<sup>a</sup> estreitamentos valvulares; —2.<sup>a</sup> estreitamentos annulares; —3.<sup>a</sup> estreitamentos cylindricos; —4.<sup>a</sup> estreitamentos em bridas. Quer apresentem esta ou aquella fôrma, raras vezes excedem, a não serem os estreitamentos cylindricos, de 1 centimetro de comprimento e de alguns millimetros de profundidade.

O estreitamento canceroso, cujo estudo remonta-se ao do cancro propriamente dito, tem, no tocante a sua parte historica, uma certa analogia sinão que uma perfeita semelhança com a do estreitamento fibroso.

Segundo era de suppor, o cancro devia trazer sempre, como consequencia immediata, a coarctação do recto, como geralmente dá-se com a transformação fibrosa das paredes deste órgão. Mas isto nem sempre acontece. O caso citado por Vidal (de Cassis) de uma mulher victima de affecção cancerosa, que tinha por séde a extremidade inferior do recto, prova que, em vez de uma coarctação, havia uma verdadeira dilatação, pelo que tornava-se impossivel a retenção das materias fecaes.

Se este como outros casos citados pelo distincto pathologista constituem a excepção, a regra geral é a formação de estreitamentos que podem ser mais ou menos consideraveis.

Os câncros que determinão, ou dão origem aos estreitamentos chamados cancerosos, podem ser concentricos ou diffusos, segundo que a materia cancerosa infiltra-se na espessura das diversas tunicas do intestino, ou se depõe sobre partes bem circumscriptas, formando saliencias mais ou menos volumosas e extensas, e algumas vezes pediculadas.

No primeiro caso, temos os câncros diffusos e os câncros em placas;

no segundo, temos os cancros em massas ou tumores, cujas denominações são as que se seguem:

1.º—O epithelioma que pode ser lobulado e cylindrico, sendo este mais frequente.

2.º—O cancro concentrico ou schirro.

3.º—O cancro atrophico que é uma variedade do precedente.

4.º—O cancro encephaloide ou cerebriforme.

5.º—O cancro coloide ou alveolar.

6.º—O cancro gelatiniforme.

7.º—O cancro villosa, cancro denticado, ou papilloma.

8.º—Os sarcomas, que segundo d'Esmarch, são muito raros.

Elles podem ser myelloides, melanicos e ossificantes. (1)

Todas estas variedades de cancros, aceitas por todos os histologistas, podem ter por séde diferentes partes do recto; ora occuparem a porção inferior, segundo Hecker, a mais commum, ora a porção média e finalmente a porção superior.

Fallando do cancro primitivo do recto, Hecker diz tel-o observado 9 vezes na porção inferior deste órgão e 3 vezes nas porções—média e inferior.

Qualquer que seja a variedade do cancro, o seu modo de começo é sempre lento, insidioso e com tendencia á propagação.

Esta producção morbida de natureza maligna nem sempre tem por séde primitiva o intestino recto. E' principalmente na mulher que se tem occasião de observar os tumores cancerosos secundarios, isto é, aquelles que existindo primitivamente em outros órgãos, como o utero, os ovarios, a bexiga etc., propagação-se até o recto de um modo surpreendente, a maior parte das vezes determinando estreitamentos incuraveis.

Para Hecker, os estreitamentos cancerosos do recto só são produzidos pelo cancro primitivo; enquanto, para outros, o cancro secundario rariissimas vezes, é verdade, pode determinál-os.

---

(1) A sciência apenas registra um unico caso de cancro desta natureza, encontrado no cadaver de uma mulher de 54 annos, na qual as perturbações da defecação persistirão por mais de 20 annos.

Este caso vem minuciosamente descripto no tratado cirurgico de Daniel Mollière—Molestias do recto e do anus—edíc. de 1877—pag. 554.



Com Hecker julgamos quasi impossivel a existencia de coarctações rectaes cancerosas produzidas pelo cancro secundario, uma vez que a invasão delle no intestino recto só tem logar depois de serios estragos no órgão primitivamente affectado: neste caso a morte do individuo tem logar antes que toda a circumferencia do recto tenha sido invadida.

As opiniões, até hoje emittidas pelos auctores acerca da natureza do tecido canceroso mais habitualmente encontrado no recto, varião e mostram a grande divergencia que reina sobre este assumpto.

Vidal (de Cassis) é de opinião que o cancro atrophico é o mais frequente, visto como invadindo toda a circumferencia intestinal engendra estreitamentos de fórma annular. Segundo a opinião de Cruveilhier, é o cancro coloide; H. Smith e Allingham, o cancro concentrico ou schirro; Nélaton, Gross, Bryant, Hecker e Léon Labbé o epithelioma ou cancroide; finalmente, segundo a opinião de outros, é o cancro encephaloide ou cerebriforme.

Além destes tumores de natureza maligna, outros existem que, formando um grupo a parte, podem, por sua presença no recto, produzir coarctações. São os tumores denominados benignos.

No número delles estão os polypos às mais das vezes solitarios e raras vezes multiplos; os tumores hemorrhoidaes; as vegetações; os tumores villosos que alguns considerão pertencer a classe dos polypos; o fungus benigno ou granuloma e os lipomas.

Em resumo, o recto pode ser séde de diversas producções pathologicas, divididas em duas grandes classes:

A 1.<sup>a</sup> constituida por tumores pediculados, de volume e aspecto variaveis, não se reproduzindo pela ablação—*secundum artem*. Nesta classe estão os polypos, os tumores hemorrhoidaes, os lipomas etc.

A 2.<sup>a</sup> constituida por tumores de caracteres oppostos aos dos primeiros. Nesta segunda e ultima classe achão-se incluídos o cancro e as suas variedades.

### **Estreitamentos rectaes congenitos**

Geralmente fallando, os vicios de conformação do recto são quasi sempre acompanhados dos do anus.

As anomalias ano-rectaes, não sendo mais que o vestigio de um estado embryonario, ou melhor o resultado de uma irregularidade na

evolução embryonaria, explicão os estreitamentos rectaes nas crianças com os quaes raramente podem permanecer até certa epocha sem que graves e serios inconvenientes á saúde deixem de manifestar-se.

Si bem que os vicios de conformação da extremidade inferior do intestino não sejam muito communs, principalmente os estreitamentos, comtudo elles podem apresentar-se sob aspectos diversos.

Assim é que a séde, a extensão e a gravidade delles varião, e os processos operatorios soffrem modificações relativas aos casos.

A etiologia dos estreitamentos rectaes congenitos é ainda muito obscura, sobre tudo quando procura-se estabelecer a frequencia relativa entre um e outro sexo.

Estes estreitamentos que podem ser completos ou incompletos, e que de preferencia manifestão-se nas crianças desde o momento em que nascem, quasi sempre reclamão a attenção do medico e a operação da parte coarctada é a primeira indicação a preencher-se.

---



## TERCEIRA PARTE

---

### ESTUDO CONCERNENTE A ETIOLOGIA, PATHOGENIA E ANATOMIA PATHOLOGICA DOS ESTREITAMENTOS DO RECTO

#### **Etiologia e Pathogenia**

Cercada da maior obscuridade e envolvida em magno labirinto de duvidas, é por certo a parte etiologica e pathogenica dos estreitamentos do recto.

Dentre as multiplas e diversas causas consideradas pelos pathologistas como capazes de engendrar as coarctações rectaes, figurão a *inflammção* e a *ulceração*.

Em alguns trabalhos concernentes a este assumpto, os auctores ligão tamanha importancia a inflammção que considerão-na o exordio obrigatorio dos estreitamentos, como é o cancro duro da syphilis.

Esta maneira de pensar que não é tão simples como parece, e que encontra grandes e sérias difficuldades na explicação de alguns factos, baseia-se em que a inflammção podendo dar logar a vastos phlegmões, sobre tudo da região ischio-rectal, o tecido adiposo della transforma-se em tecido lardaceo, e d'ahi a formação das coarctações rectaes.

Mas isto nem sempre é assim; porquanto, se em alguns casos, por causas bem conhecidas, ella determina a formação de abcessos, de fistulas e de endurecimentos da mucosa rectal; em outros, porém, ella pode sobrevir ou manifestar-se sem causa occasional directamente apreciavel.

Nesta ultima hypothese a mais commum, a rectite apresenta-se quer ao mesmo tempo que uma entero-colite, quer por propagação de uma inflammção do grosso intestino; e não é muito raro ver-se a phlogose do recto succeder-se a do colon e reconhecer por causa o contacto das materias fecaes mal elaboradas.

A rectite aguda, em geral, de marcha rapida, pode, por incuria dos doentes, ou por insufficiencia do tratamento, passar ao estado chroni-

co durante o qual é muito frequente a formação de abcessos mais ou menos profundos, de phlegmões, e, o que mais é, de estreitamentos devidos a hypertrophia das tunicas intestinaes.

Como causas mais frequentes da inflamação do recto, Vidal (de Cassis) (1) considera: 1.º o attrito das materias endurecidas; 2.º os esforços na defecação, principalmente nas pessoas habitualmente constipadas; 3.º as contracções exageradas dos esphincteres; 4.º a demora e accumulo das mucosidades intestinaes; 5.º a abundancia da secreção cutanea e a acidez que ella contrahe se desnaturando.

Para Velpeau, illustrado e abalisado cirurgião, a causa principal da inflamação da margem do anus que pode propagar-se ao recto, é o corte (pela raiz) dos pellos que existem n'esta região.

A rectite, pois, se em alguns casos chega a explicar a formação das coarctações, em outros muitos não pode ser invocada, e muito menos considerada como causa unica e essencial dos estreitamentos.

Sobre este ponto Allingham (2) avança uma arrojada proposição que não pode conservar-se intacta, diante da observação séria e reflectida.

Assim diz elle:

«E' preciso sempre, nos casos de coarctações rectaes, suppor-se a inflamação, mesmo quando deixe de existir.»

*Ulceração:*—O estudo da ulceração, como causa de estreitamentos do recto, é infinitamente mais simples e de mais facil explicação do que o da inflamação.

Não discutindo aqui as differentes theorias acerca do que seja em si a ulceração, porquanto fastidioso seria enumeral-as, mas somente servindo-nos do facto material, entraremos no estudo e na apreciação d'esta lesão, sobre a qual muito se tem escripto.

As ulcerações do recto, segundo a origem d'onde proveem, dividem-se em 2 grupos principaes e distinctos: 1.º ulcerações idiopathicas, aquellas determinadas por irritações meramente locais; 2.º ulcerações symptomaticas que, sendo devidas a causas internas dyscrasicas, constituem o symptoma de uma molestia geral.

---

(1) Vidal (de Cassis) Path.—Exter. Tom. IV Pag. 375—edic. de 1851.

(2) Allingham—*Fistula, hæmorrhoids, painful ulcer, stricture, prolapsus, and other diseases of the rectum their diagnosis and treatment*—2.ª edic.—1873.

Tomando por typo as ulcerações simples, aquellas que são entretidas por um vicio local, e nas quaes geralmente a cicatrisação é prompta e sem complicações, demonstra-se que a reparação da mucosa do recto, em uma extensão mais ou menos consideravel, traz como consequencia o aperto intestinal.

E de facto.

A retractilidade sendo uma propriedade organica ou vital do tecido cicatricial, segue-se que este retrahindo-se, o canal do qual faz parte tambem retrahe-se, de uma maneira lenta, porém incessante.

Esta singular propriedade, que tambem pertence aos tecidos—fibroso e inodular, é mais accentuada no tecido cicatricial, cuja potencia retractil Robin considera superior a elasticidade da pelle e a contracção muscular.

Além d'essa propriedade vital, pertencente aos estreitamentos organicos do recto, e que, segundo Robin e Verneuil, consiste em uma atrophia progressiva, o tecido cicatricial goza de uma outra não menos importante—é a *inextensibilidade*.

Ora já se vê que, em uma grande ulceração do recto, a cicatrisação tendo logar, o tecido cicatricial occupando grande parte da circumferencia do intestino engendrará um estreitamento no ponto correspondente a cicatriz. D'ahi resulta que, pela inextensibilidade do tecido cicatricial, nunca se poderá dar ao intestino o seu calibre normal sem que se dê a ruptura do obstaculo, de cuja solução de continuidade resultará a nova formação do tecido retractil, e mais tarde o reaparecimento da coarctação.

Já assim não succede com os estreitamentos devidos a contractura do esphincter do anus, que se reproduzem em virtude de uma outra propriedade de que não gozão os outros: elles cedem facilmente a pressão do dedo pela elasticidade de que são dotados.

*Syphilis*.—Não é sem serios e rigorosos estudos scientificos que as opiniões de diversos auctores emittidas até hoje acerca da syphilis, como causa mais frequente dos estreitamentos do recto, devem ser aceitas e defendidas.

Se de um lado querem uns que a syphilis seja a causa mais commum das coarctações rectaes, e outros a inflammação; de outro lado a questão torna-se mais difficil e intrincada, quando procura-se saber

com restricta precisão á que gráo de lesão syphilitica liga-se o estreitamento.

Ouçamos as opiniões dos mestres.

«O estreitamento dito syphilitico do recto, não é um accidente constitucional, mas uma lesão de visinhança desenvolvida acima do cancro do anus: isto é, que uma inflammação se tem manifestado ao redor do cancro e se propagado acima d'elle em uma certa altura, e que esta inflammação, suppurativa na porção esphincteriana, torna-se hypertrophiante na junção das porções esphincteriana e ampoular, e exulcerosa n'esta.» (Gosselin) (1)

A opinião do illustrado cirurgião Francez interpretada por qualquer dos lados não pode satisfazer, desde que por ella é difficilimo sinão que impossivel saber-se a que diathese, a que lesão local, venerea ou não, pode-se ligar uma inflammação que é simultaneamente—*suppurativa, hypertrophiante e exulcerosa*.

Se o cancro infectante não pode apresentar este triplice character, e muito menos o simples; como determinar-se a natureza da lesão que deo origem ao estreitamento?

Em qual das cathogorias bem conhecidas de cancos devem ser considerados os de que falla o distincto Professor da Faculdade de Medicina de Paris?

Será do cancro infectante?

Para nós, os estreitamentos rectaes nunca podem ser produzidos por este accidente primitivo da syphilis, porquanto as cicatrizes provenientes d'esta lesão podem desaparecer de uma maneira tão completa, a ponto de não deixarem o menor vestigio, ainda quando nenhum tratamento tenha sido feito. A ulceração do cancro duro é tão insignificante que jamais deixa uma cicatriz capaz de diminuir o calibre do recto.

Por esta e outras razões, o cancro duro ou infectante não p<sup>o</sup>de, diante dos recursos da sciencia, ser origem de estreitamentos cicatriciaes que jamais manifestão-se logo após este accidente.

*Accidentes secundarios*:—Os accidentes secundarios da syphilis, que podem apresentar-se ora em uma epocha assaz proxima da infecção,

---

(1) Extrahido de Daniel Mollière—*Traité des maladies du Rectum e de l'Anus*—pag. 276—1877.

ora tardiamente, isto é, em uma epocha na qual apparecem os accidentes terciarios, são causas mui poderosas de estreitamentos rectaes.

Absolutamente fallando, é difficilimo precisar-se com segurança mathematica a epocha em que sóem apresentar-se as coarctações rectaes, denominadas secundarias, visto como o temperamento dos individuos e o tratamento empregado para combater a syphilis exercem até certo ponto alguma influencia.

As placas mucosas, em geral, são a causa mais frequente dos estreitamentos syphiliticos secundarios. Ellas manifestão-se isoladamente, ou coincidem com outras manifestações.

Quer em um, quer em outro caso, sob o contacto das materias fecaes, ellas ulcerão-se, e ás ulcerações que podem occupar qualquer ponto das paredes rectaes succede a cicatrisação, que, retrahindo lenta e gradualmente o intestino, determina a diminuição do calibre.

Os caracteres anatomicos desta lesão denuncião-se por uma verdadeira perda de substancia ao nivel da mucosa intestinal, destruida em toda a espessura.

As ulcerações, cujos bordos são duros e talhados obliquamente, mostrão-se tumefeitas e cercadas de uma zona inflammatoria, podendo o dedo que as explora sentir pequenas nodosidades, que não são mais do que as glandulas intestinaes hypertrophiadas.

Abandonadas á marcha natural, estas ulcerações ganhão em extensão e profundidade, como cita-se o facto de um individuo em quem a face anterior do sacrum tinha sido desnudada e o peritoneo perforado.

Não é muito, pois, que estas ulcerações, attentos os caracteres anatomicos por ellas apresentados, sejam capazes de engendrar estreitamentos rectaes, quando em nenhum outro ponto do organismo, a não ser no recto, as placas mucosas são seguidas de cicatrizes retracteis.

*Accidentes terciarios:*—No periodo terciario da syphilis, os estreitamentos rectaes são produzidos, quer por ulcerações, quer por neoplasias, quer finalmente por esclerose.

As gommas rectaes que são muito frequentes, constituidas a principio por tumores molles e indolentes que mais tarde ulcerão-se, mostrão que estas ulcerações, verdadeiros *lupus* da mucosa, não podem ser curadas sem que deixem uma extensa area de tecido cicatricial, cuja retractibilidade é por demais sufficiente para determinar a diminuição do calibre do recto.

Além dessas ulcerações devidas aos tumores gommosos, observa-se o syphiloma, tumor que em estrutura pouco ou nada differe das gomas, mas que (cl clinicamente fallando) não tem a mesma evolução.

Fournier, que tem ultimamente chamado a attenção dos pathologistas para este assumpto, assim expressa-se: (1)

«Non traité, le syphilome *ano-rectal* persiste d'abord et non seulement il persiste, il dégénère et il s'aggrave.

Il devient *fibreux* et de plus *il se rétracte*. Il se rétracte, voilà le phénomène essentiel, redoutable, d'où va dépendre toute l'évolution ultérieure de ce curieux processus pathologique.

Il se rétracte, et pourquoi? En vertu de cette tendance du tissu fibreux morbide à revenir sans cesse sur lui même. La conséquence toute naturelle de cette rétraction progressive, c'est de diminuer le calibre de l'intestin.»

Emfim Trélat dá, como origem dos estreitamentos rectaes, accidentes syphiliticos por elle chamados—*quaternarios*—que são os mais terriveis, não só pela extensão, como pelos accentuadissimos estragos que produzem no organismo.

Aquelles que admittem a opinião de Trélat, isto é, que considerão certos estreitamentos syphiliticos como accidentes muito remotos da diathese syphilitica, empregão para combatel-os as preparações *mercurio-iodadas*, como si ellas fossem capazes de debellal-os.

Terminando este assumpto, diremos que os estreitamentos de natureza syphilitica não são manifestações da syphilis, mas sim resultados d'ella.

*Virus venereo*.—O cancro molle que, como sabe-se, é sempre o resultado da inoculação do virus venereo, é muitas vezes origem de estreitamentos rectaes.

Para que elle possa manifestar-se duas condições tornão-se indispensaveis: um virus especial e um ponto de entrada.

N'estas duas condições, o transporte do virus pode ser feito, quer nas relações sexuaes normaes, quer por *auto-inoculação*.

Os estreitamentos rectaes que reconhecem por causa o cancro molle ou simples, cujo apanagio é o phagedenismo, são muito mais frequentes na mulher do que no homem, o que é devido as seguintes razões:

---

(1) Fournier—Lésions tertiaires de l'anus et du rectum—Syphilome ano-rectal—Pag. 17—, 1875.



1.<sup>a</sup>—Que a pederastia, verdadeiro cunho da miseria moral, degradação e opprobrio, exerce-se as mais das vezes de homem á mulher, do que de homem para homem; 2.<sup>a</sup>—que as mulheres são mais expostas á inoculação directa; 3.<sup>a</sup>—que o cancro molle das partes genitales do homem não pode inocular-se no anus e d'ahi propagar-se ao recto, se o virus não tem sido levado ou pelos dedos, ou pelas peças de curativo; emquanto, na mulher, o pus de um cancro molle na forquilha pode facilmente ir ter ao anus e d'ahi ao recto.

No mesmo caso que o cancro molle ou não infectante está a blennorrhagia, que Requin (1) julga-a quasi infallivel nos individuos que entregão-se ao hediondo vicio da pederastia passiva.

Tardieu, (2) Gosselin e Vidal (de Cassis) insistem sobre a raridade da blennorrhagia rectal, e cada um d'elles apenas cita um só facto de inoculação do virus blennorrhagico em um individuo que tinha tido relações illicitas com um outro atacado de blennorrhagia urethral. Todavia, isto não exclue a possibilidade da formação de estreitamentos, desde que o virus blennorrhagico sendo levado ao recto, pode determinar uma rectite intensa e consequentemente uma coarctação.

As operações praticadas no recto; a introdução de corpos estranhos; as injeções irritantes; o accumulo prolongado das materias fecaes solidas; os tumores em geral; o abuso dos purgativos drásticos, sobretudo do alôes que parece ter uma acção electiva sobre o recto, as constipações rebeldes e usuaes; e muitos outros agentes que obrão directamente, são outras tantas causas productoras de estreitamentos. Finalmente á estas causas veem reunir-se outras que, sem obrarem directamente sobre o recto, todavia são assignaladas por alguns auctores, como capazes de determinar verdadeiros estreitamentos.

Segundo Allingham, (3) a longa demora da cabeça do feto na pequena bacia, é uma causa de subido valor e pela qual explica-se a maior frequencia dos estreitamentos rectaes na mulher do que no homem.

---

(1) Requin—Elements de pathologie médicale, rectite, tom. I, pag. 729.

(2) Tardieu—Etudes médico-légales, sur les attentats aux mœurs, 4.<sup>a</sup> éd. 1862, pag. 179.

(3) Allingham—obra citada.

Para nós, a explicação d'este facto depende de certas e determinadas particularidades inherentes á mulher e ao seu modo de vida.

\* No numero d'estas particularidades destae-se de preferencia a susceptibilidade nervosa e a organização especial da mulher e os misteres de vida á que ella se pode entregar.

Quanto a influencia que a idade pode exercer, como causa de estreitamentos, esta é absolutamente nulla.

Tem se encontrado estreitamentos em todas as epochas da vida, mas de preferencia entre os 20 e 40 annos.

O facto da maior frequencia de estreitamentos rectaes no sexo feminino que no sexo opposto, é uma verdade que está sancionada pela observação.

Em 14 casos de estreitamentos do recto, cujas observações fazem parte deste nosso trabalho, apenas 3 são em homens e 11 em mulheres.

Tratando deste assumpto, Desprès diz ter encontrado em 4 casos de estreitamentos do recto, 3 em mulheres e 1 no sexo opposto; Lauri Ricardo em 8 casos, 7 em mulheres e 1 no sexo opposto; Godebert em 43 casos, 40 em mulheres e 3 em homens. Bérard e Malieurat Lagemard são os unicos que, em 43 casos de estreitamentos por elles observados, encontrarão 20 homens e 23 mulheres.

Si ouvirmos a opinião de Bryant, (do Hotel Guy) veremos que, na mulher, os estreitamentos rectaes são duas vezes mais frequentes que no homem. Em 48 casos de que dá noticia, são 32, em mulheres e 16 em homens.

Isto que observa-se em relação aos estreitamentos rectaes de natureza fibrosa, não tem lugar para com os de natureza cancerosa.

Em 68 casos de que falla Curling, apenas 24 são em mulheres, e 44 em homens.

Em resumo, eis, a opinião dos differentes auctores acerca da parte etiologica e pathogenica dos estreitamentos do recto.

Os estreitamentos do recto são o resultado de uma rectite provocada pela presença de cancros no anus (Gosselin). (1)

São occasionados pela presença, no recto, de um cancro phagede-

---

(1) Archivos Geraes de Medicina—vol. 2.º—1854.



nico ou de uma placa mucosa: isto é, em lugar de serem simplesmente inflammatorios, como para Gosselin, são cicatriciaes com ou sem endureção plastica, não tendo nada de commum com a diathese syphilitica (Desprès).

São accidentes da diathese syphilitica, accidentes muito remotos e denominados—*quaternarios* (Trélat).

Provêm de uma enterite syphilitica, cujo symptoma principal é uma diarrhéa chronica, entretida por tumores gommosos submucosos susceptiveis de amolecerem-se e ulcerarem-se (Cullerier).

São o resultado de uma verdadeira hyperplasia da parede rectal posterior, seguida de retracção, como no testiculo venereo (Verneuil e Guérin).

São devidos a uma hyperplasia da parede rectal, estendendo-se entre o tecido mucoso, e, em particular, sobre as fibras musculares que têm soffrido uma hypertrophia consideravel (Panas).

Qualquer que seja o estreitamento do recto, qualquer que seja a causa que determine-o, elle é sempre um facto physico e de resultados identicos.

### **Anatomia pathologica**

Qualquer que seja o gráo do estreitamento rectal, as tunicas intestinaes apresentam, acima e abaixo do ponto coarctado, alterações cuja natureza e séde são susceptiveis de variar, pelo que teem sido diversamente descriptas e apreciadas.

Para uns, (Gross) estas alterações passam-se exclusivamente do lado do tecido submucoso, ficando intactas as demais camadas de tecido que fazem parte do intestino; para outros, é a camada mucosa a unica que infiltrando-se de productos plasticos determina mais tarde a coarctação intestinal.

Mas isto não tem razão de ser.

Se geralmente encontra-se a camada mucosa profundamente alterada, esta alteração não limita-se só a ella; propaga-se ou invade a camada musculosa, principalmente nas proximidades do ponto estreitado, onde uma hypertrophia bem accentuada e manifesta apresenta-se.

A transformação fibrosa e o espessamento que observa-se maior

numero de vezes nos casos de estreitamentos, pertencem antes a mucosa e ao tecido celular subjacente, do que as outras camadas.

Além destas modificações que se dão pelo lado da tunica mucosa e tecido celular subjacente, encontram-se ulcerações mais ou menos extensas e profundas, de forma variavel, e de preferencia acima do ponto coarctado, as quaes entreteem uma suppuração, algumas vezes abundante, de cheiro fetido e repugnante, e outras vezes um corrimento de pus que mancha as roupas do doente, dando-lhes um aspecto particular.

Estas ulcerações, entretidas pela irritação que lhes produz o accumulo das fezes retidas na porção intestinal acima do estreitamento, podem deixar de existir, o que é muito raro.

Allingham, em seu livro— *Diseases of the rectum*, quando trata do capitulo em que occupa-se do estudo dos estreitamentos do recto, assim expressa-se:

*«Stricture of rectum without ulceration is somewhat uncommon affection.»*

Nos estreitamentos syphiliticos determinados por accidentes secundarios, em geral, nota-se um endurecimento formado por uma substancia mais ou menos callosa cuja altura é variavel, porém, nunca excedendo de 6 á 8 centimetros, pelo que é sempre possivel attingil-a com o dedo.

Pode-se dizer, que estes estreitamentos que não são muito extensos apresentam-se sob a forma de debruns annulares que não comprehendem, senão excepcionalmente, toda a circumferencia intestinal.

Algumas vezes, em logar destes debruns ou orlas, encontram-se saliencias completamente semelhantes as valvulas conniventes, podendo ser constituidas por fibras musculares contracturadas, como Verneuil demonstrou em um caso por elle observado.

Nos estreitamentos determinados por accidentes syphilitico terciarios, as alterações que se notão nos tecidos que entrão na estrutura do recto, são differentes.

O tecido que as prodnz é, sob o ponto de vista histologico, inteiramente analogo ao que constitue as gommas syphiliticas no começo; é um tecido extremamenté rico em elementos cellulares novos que mais tarde transformando-se em tecido cicatricial, eminentemente retractil, dá origem as coartações e aos phenomenos que caracterisào-nas.

Nos primeiros periodos dos estreitamentos desta natureza, epocha

em que os syphilomas e os tumores gommosos começam a ulcerar-se, uma diminuição do calibre intestinal quasi sempre apresenta-se. Porém, durante o periodo de desenvolvimento e proxima terminação, as transformações por que passam os tecidos constituindo em uma proliferação do tecido conjunctivo, que por sua grande actividade chega rapidamente a necrobiose gordurosa, diminuem consideravelmente o calibre do recto, trazendo symptomas de uma terminação fatal.

Nos estreitamentos engendrados pela esclerose dos musculos, encontra-se, em a sua phase terminal, uma massa cicatricial, homogenea, dura e alongada, occupando uma grande extensão do recto.

Em geral as lesões syphiliticas do recto reduzem-se, no ultimo periodo, a uma *esclerose rectal*, esclerose cujo estreitamento propriamente dito não é senão uma consequencia physica, um incidente local. (Fournier.)

As alterações por que passa a mucosa intestinal nos estreitamentos que reconhecem como causa a inflamação chronica e bem assim o processo ulcerativo e gangrenoso, consistem na destruição da propria mucosa, na queda do epithelio e na atrophia das papillas da derma submucosa.

Alterações quasi analogas as que se passam nos estreitamentos de origem syphilitica, dão-se nos estreitamentos que resultão de lesões ulcerosas simples.

Para completar o estudo anatomo-pathologico das coarctações rectaes, transcreveremos aqui o seguinte artigo (1) de Malassez, do qual dão noticia os auctores mais modernos, que se teem occupado com o assumpto que nos serve de ponto de dissertação.

«Os estreitamentos offerecião todôs os caracteres dos estreitamentos ditos syphiliticos da parte inferior do recto. As lesões, que elles apresentavão, devem ser distinctas em lesões *acima* do estreitamento, lesões *ao nivel* da porção estreitada e lesões *abaixo* do estreitamento.

«Acima do estreitamento via-se uma porção ulcerada, tendo uma altura variavel e não apresentando traços ou vestigio da mucosa, porém no logar desta, tecido embryonario.

---

(1) Diccionario Encyclopedico das Sciencias Medicas—tom. 2.º da 3.ª serie, pag. 728—1874.

«No limite superior da parte sã com a parte ulcerada, a mucosa estava ligeiramente despegada, e em sua espessura, entre os conductos glandulares, existia uma certa quantidade de cellulas novas, cellulas embryonarias. O tecido submucoso, á este nivel, apresentava tambem um grande numero de cellulas, mesmo nos pontos em que a mucosa não estava ulcerada.»

«Ao nivel da porção estreitada, no ponto o mais elevado e o menos dilatavel, que offerece á introducção do dedo e á passagem das materias uma tão grande grande resistencia, achava-se, não como se diz ordinariamente, um tecido analogo ao tecido cicatricial, mas um tecido *completamente analogo ao dos botões carnosos*. Este tecido, formado de elementos novos, é muito vascular e não offerece senão pouca resistencia aos instrumentos, quando procura-se dilacerar-o.»

«Não é senão mais abaixo, nas partes as menos estreitas da coarctação, porém as mais antigas, que se vê apparecer feixes de substancia conjunctiva rigidos, cercados de tecido embryonario e apresentando os caracteres do tecido cicatricial.»

«Entre os feixes da tunica muscular acha-se tambem um grande numero de elementos embryonarios infiltrados que reúnem-se em certos pontos. Se vê ainda, entre estas fibras, pequenos abcessos em começo que sem duvida são a origem destas fistulas que acompanhão os estreitamentos, e que abrem-se as mais das vezes ao nivel ou abaixo do estreitamento, que acima d'elle.»

«Emfim, na parte que está abaixo do estreitamento e que corresponde a região esphincteriana, vê-se quasi sempre as cicatrizes de uma antiga ulceração.»

Além d'estas alterações de que minuciosamente falla Malassez, deve ser tomado em consideração o estado dos tecidos que cercão o recto.

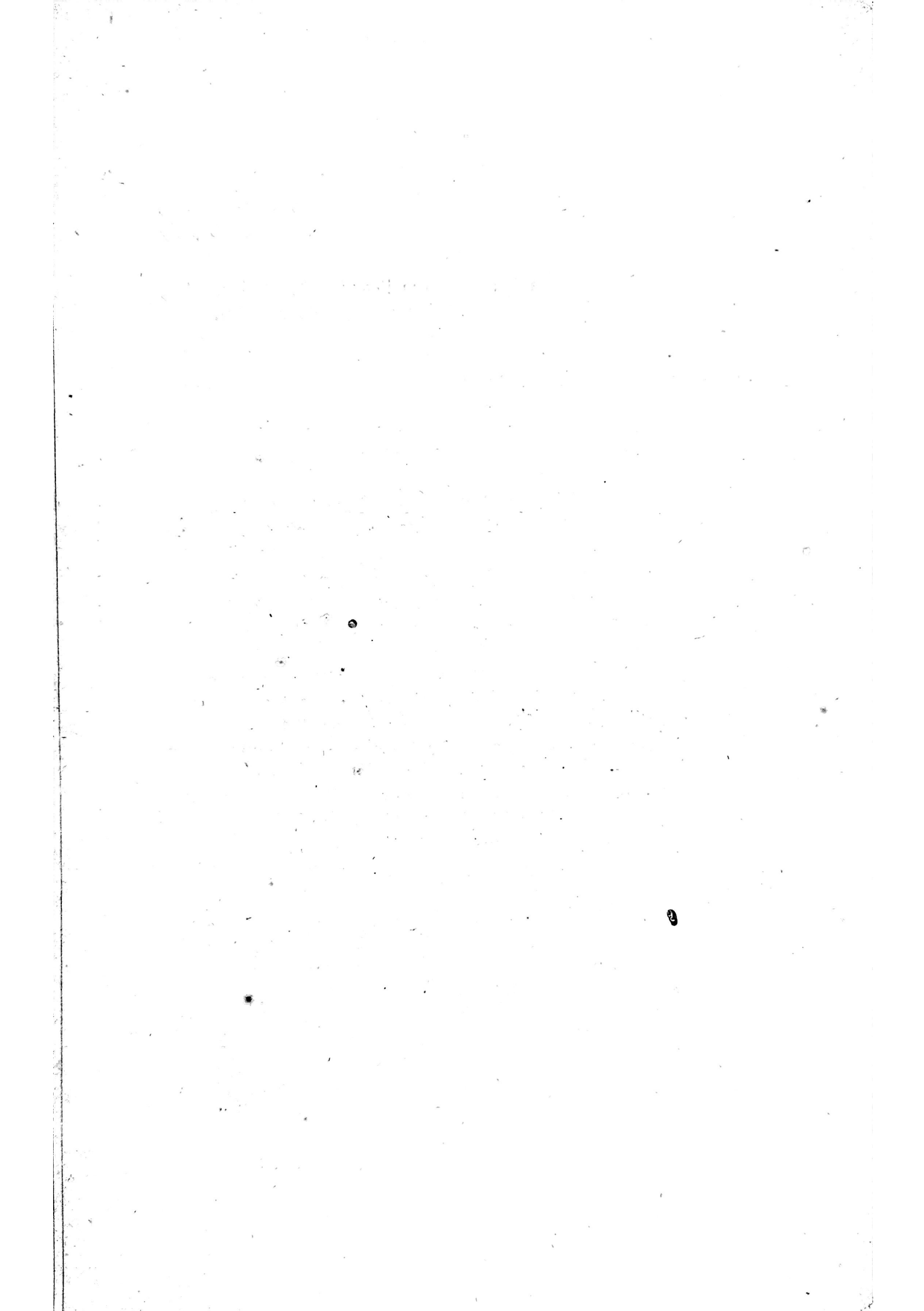
Na fossa ischio-rectal acha-se quasi sempre abcessos e trajectos fistulosos, e é muito raro que o tecido cellular frouxo que as enche conserve seu aspecto normal.

Quasi sempre o tecido da fossa ischio-rectal transforma-se em tecido lardaceo de inflammação chronica, e este tecido duro e rigidissimo é um dos menores obstaculos á cicatrização.

Não é somente o tecido da fossa ischio-rectal que toma parte na inflamação, que por sua vez propaga-se ao tecido celular sub-peritoneal e a toda fossa iliaca interna.

As fistulas da margem do anus, em muitos casos de estreitamentos, apresentam-se, pelo que merecem toda a atenção do cirurgião.





## QUARTA PARTE

---

### DA SYMPTOMATOLOGIA, DIAGNOSTICO, PROGNOSTICO E COMPLICAÇÕES DOS ESTREITAMENTOS DO RECTO

#### **Symptomatologia**

Os symptomas que se prendem aos estreitamentos do recto dividem-se em duas grandes classes:—*symptomas geraes e symptomas locaes*.

*Symptomas geraes*:—Ordinariamente, nos individuos que são victimas d'esta terrivel affecção, sobre tudo quando tem chegado a certo gráo de adiantamento, nota-se que o estado geral d'elles é profundamente alterado e de alguma sorte expressivo.

A côr destes individuos, geralmente pallida, mas que pode ser do amarello especial que caracteriza a infecção cancerosa; a extrema magresa que acompanha-os; a perda de forças que inibe-os de trabalhos de qualquer natureza; a abstenção dos alimentos, além de outras causas de enfraquecimento inherentes á propria molestia; o estado saburroso da lingua; as digestões difficeis, incompletas e laboriosas; as nevralgias; em summa um profundo abatimento do physico e do moral; eis em breves traços o quadro symptomatico que descortina-se ao medico, quando chamado para attenuar ou debellar-lhes os soffrimentos!

*Symptomas locaes*:—Estes symptomas que são de grande importancia e indispensaveis á diagnose dos estreitamentos, differem segundo a molestia está em começo, ou em estado de adiantamento.

No começo da molestia, quando a diminuição do calibre do recto não é grande e consequentemente as materias estercoraes apenas encontram pequeno obstaculo á sahida, os individuos queixão-se de uma constipação de ventre mais ou menos habitual, apesar dos repetidos purgativos e clysteres de que fazem uso para debellar-a, de colicas, de



borborygmos e diarrhéas passageiras, seguidas ou alternando a novos periodos de constipação.

A constipação que é um phenomeno inicial prolonga-se durante toda a duração da molestia, da qual constitue o symptoma predominante. Ella é ao mesmo tempo notavel não só por sua intensidade, como ainda por sua persistencia.

Se no primeiro periodo da molestia os purgativos e os clysteres são aproveitados, isto é, produzem algum effeito, chega uma epocha em que perdem grande parte de sua acção e tornão-se, para assim dizer, inefficazes. Desde então, elles sahem como entrão, por isso que não têm mais effeitos evacuantes; determinão o augmento do ventre e produzem colicas sem provocar dejeccões.

Quando a coarctação intestinal tem attingido um alto gráo a ponto de difficultar seriamente a evacuação das materias fecaes, a retenção das mesmas e de gases, a tensão das paredes abdominaes, a dôr, que pode ser continua ou intermittente e todos os signaes de uma obstrucção incompleta, não fazem-se esperar.

Se as materias excrementicias são solidas e retidas em grande quantidade, os esforços que fazem esses individuos para expellil-as sobem a ponto de muitas vezes determinar syncopes, hemoptyses e até rupturas intestinaes. Herbert Mayo cita o caso de uma senhora que pelo grande esforço que fizera para defecar rompeo as paredes do recto. No dia seguinte as materias fecaes passavão pela vagina, e a ruptura do septo *recto-vaginal* foi encontrada.

Sempre expellidas a custa de dolorosos esforços e vivos soffrimentos, as matérias fecaes sahem muitas vezes misturadas a um pouco de pus com sangue e sob fórmulas diversas.

Estas fórmulas, consideradas por alguns pathologistas como symptoma pathognomónico dos estreitamentos não constituem, para outros um elemento especial e poderoso ao diagnostico.

Em geral, diz-se que as fezes são achatadas ou passadas em uma fieira, visto como moldão-se ao calibre do ponto estreitado quando o transpõem, ou affectão a forma do excremento do cabrito.

Nélaton attribue essa differença de forma a séde do estreitamento.

Assim diz elle: «Nos estreitamentos circumvisinhos ao anus, ou muito proximos desta região, as fezes são achatadas ou passadas em



Feira; enquanto nos de séde mais elevada as fezes são ordinariamente da configuração do excremento de cabrito.»

Como diz Daniel Mollière, pode-se afirmar com Curling que a forma das materias não significa absolutamente nada.

Se o estreitamento é muito elevado, as fezes accumulão-se a principio abaixo d'elle, antes de transporem o orificio do esphincter, e então ellas teem o aspecto normal. Se ao contrario é muito baixo, os phenomenos que veem complicar a lesão determinão modificações consideraveis na consistencia e na forma das materias estercoaes que chegam ao exterior, quer no estado liquido quer misturadas a sangue e pus.

Nos casos de hypertrophia prostatica, ou de espasmos violentos determinados por lesões que nada teem de commum com os estreitamentos do recto, pode ver-se as materias fecaes apresentarem a forma e o calibre que têm sido considerados como pathognomonicos.

Para nós, a mudança de forma e de calibre das materias estercoaes é um symptoma de grande alcance e valor, e depende não só da consistencia das materias, como tambem da disposição anatomica da coarctação.

Se nos estreitamentos da urethra a urina pode sahir sob formas diversas, ora em jorro fino e bifurcado, ora gotta a gotta; porque nos estreitamentos do recto não admittir-se a mesma analogia?

E' o que a razão estribada na pratica e na observação nos leva a acreditar.

De evolução mais ou menos rapida, os estreitamentos do recto podem durar por muito tempo, e passar ao estado chronico, a menos que accidentes gravissimos, como as hernias, as hemoptyses e abalos nervosos acompanhados de syncopes duradouras ou passageiras, não manifestem-se.

### **Diagnosticos e seus meios**

Só pelo exame explorador do recto é que com segurança e clareza se poderá estabelecer o diagnostico das coarctações rectaes deste orgão.

Os meios ou manobras de que para este fim se pode lançar mão datão de tempos remotos.

O primeiro que é o toque rectal, geralmente empregado, está sujeito a certas e determinadas regras, principalmente se o estreitamento é de natureza cancerosa.

A primeira regra que deve ser cuidadosamente observada, é a lentidão do toque durante todo tempo da exploração, visto como accidentes sérios e fataes podem ser a consequencia de um toque malfeito e brusco. Lammelongue cita um caso de morte, devido ao toque rectal, em um seo doente e como elle o Dr. Verneuil. (*Veja-se a Gazeta dos Hospitaes, de 26 de outubro de 1872.*)

Quando pratica-se o toque rectal, é preciso introduzir-se o dedo, geralmente o indicador, com lentidão, de maneira a sentir-se si os tecidos circumvisinhos á séde do mal são fungosos e friaveis, e se ha retenção de fezes.

Em qualquer dos casos, as precauções a tomar-se devem ser exageradas; porque, havendo friabilidade dos tecidos pode dar-se a ruptura das tunicas rectaes e haver um derramamento estercoral no peritoneo, e, como consequencia immediata, a morte.

Para proceder-se ao toque rectal, é necessario que o doente seja collocado na posição conveniente que varia segundo o modo de pensar dos auctores.

Léon Labbé (1) aconselha que o toque seja praticado collocando-se o doente em diferentes posições, afim de melhor apreciar-se a disposição da coarctação e o estado da mucosa rectal. Para isto será a principio o doente collocado no decubito dorsal, podendo assim quem explora apreciar a semi-circumferencia anterior do estreitamento e a do intestino acima e abaixo da coarctação, a prostata ou o fundo do utero. Depois o doente passará a occupar o decubito lateral direito ou esquerdo, tendo uma perna na semiflexão e a outra na extensão, afim de ser explorada a semi-circumferencia posterior do intestino.

Emfim, se o estreitamento é muito elevado, exerce-se sobre as paredes abdominaes uma pressão, destinada a recalcar para baixo e para diante do dedo que explora a porção do recto, séde do estreitamento.

Esmarch aconselha que, nos casos de estreitamentos elevados, pratique-se o toque conservando-se o doente de pé. Por esta fórma con-

---

(1) Léon Labbé—obra citada.

segue-se o abaixamento da massa intestinal que pesa sobre as vísceras pelvianas, e a lesão vem, para assim dizer, pôr-se em contacto com o dedo de quem explora.

Uma outra manobra de que falla G. Simon para o exame explorador do recto, é a introdução, nos casos de estreitamentos muito elevados, da mão dentro do intestino.

Esta manobra altamente barbara, irracional e deshumana, tem sempre dado funestos resultados que as autopsias têm demonstrado.

Como meio de grande importancia e valor para reconhecer-se a séde dos estreitamentos, servem-se hoje os cirurgiões das sondas de gomma-elastica.

Esta pratica que é a geralmente seguida, encontra a devida explicação na seguinte propriedade: é que as sondas de gomma-elastica sendo flexiveis e terminadas em bola, pode-se-lhes imprimir uma curvatura mais ou menos approximada a do recto, e ao mesmo tempo apreciar-se o gráo da coarctação.

O dedo de *marfim* de que servia-se Amussat e o explorador de Laugier, ainda são instrumentos pelos quaes se pode chegar ao conhecimento da séde dos estreitamentos, sendo preferivel este ultimo, ainda hoje empregado em certos e determinados casos.

De todos os instrumentos até hoje conhecidos, o melhor é o dedo nos casos em que o estreitamento lhe fôr accessivel.

Assim, pelo toque rectal, em qualquer caso de estreitamento situado perto do anus, o dedo denuncia:

1.º A séde do estreitamento; 2.º o gráo; 3.º a fôrma e disposição; 4.º a natureza; 5.º o gráo de dilatação ou não, acima e abaixo do ponto coarctado; 6.º o estado da mucosa; 7.º se o estreitamento é unico ou duplo.

Nos estreitamentos que não são de natureza fibrosa, as injeções de agua morna, como meio de diagnostico, têm a vantagem de arrastar consigo pequenas parcelas ou detritos da massa cancerosa, caso seja o estreitamento de natureza maligna, que examinadas no microscopio denuncião a toda prova a natureza do estreitamento.

Já se vê que, diante dos dados de que dispõe o cirurgião, o diagnostico dos estreitamentos do recto, não pode ser confundido com o de outras lesões d'este órgão, *maxime* quando têm chegado a um certo gráo de adiantamento.

Os polypos, os tumores hemorrhoidaes, sobre tudo os tumores da pequena bacia que determinão signaes de estreitamento pela compressão que exercem sobre o recto, e a hypertrophia da prostata, tornão-se de facil diagnostico, desde que o toque rectal tem sido praticado com attenção e cautela indispensaveis.

O cancro do recto e a contractura prolongada dos esphyncteres, que podem trazer algumas difficuldades ao diagnostico differencial, são esclarecidos, sendo esta pelo emprego dos anesthesicos e aquelle pelos symptomas locaes e geraes.

### **Prognostico.**

De uma maneira geral, o *prognostico* dos estreitamentos rectaes é sério e grave, qualquer que seja a causa que determine-os.

E' uma das affecções intestinaes mais rebeldes á therapeutica racional e de fácil reproducção.

Sujeita como é á temiveis accidentes, á frequentes recahidas e sérias complicações, esta affecção termina-se ás mais das vezes trazendo a morte ao doente e d'est'arte zombando de todos os recursos de que dispõe a cirurgia hodierna.

### **Complicações.**

As complicações dos estreitamentos do recto são numerosas e diversas.

As mais frequentes são: a obstrucção intestinal, (1) devida a retenção das matérias fecaes, que pode determinar a ruptura das tunicas do recto, seguida de uma peritonite; a diarrhéa; a inflammação espontanea do peritoneo; a constipação; as hemorrhagias que resultão das ulcerações da mucosa rectal, pondo em perigo a vida dos doentes; as hemoptyses devidas a grandes esforços na defecação; a contracção espasmodica do *esphincter ani*; os condylomas; as fendas do anus; os tumores hemorrhoidaes; a cessação das regras, na mulher; a anu-

---

(1) Tachou cita o facto de uma senhora que poudo ficar dous mezes sem defecar, sem que todavia d'isto lhe resultasse grande incommodo de saúde.

Léon Labbé—clin. chirurg—pag 128—ed de 1876.

ria, e as fistulas que podem ser ponto de partida á accidentes phlegmonosos e erysipelatosos.

Tratando da peritonite, como uma das mais terriveis e fataes complicações, Costallat lembra um caso em que ella sobreveio por simples contiguidade, sem determinar a ruptura do intestino; Boucher um outro facto do mesmo genero, em um estreitamento fibroso, com perforação espontanea do recto; e Lionville ainda o caso de uma peritonite provocada por uma rectite que complicava um estreitamento.

A peritonite espontanea é sempre uma complicação que reclama toda circumspecção e prudencia do cirurgião no emprego dos meios therapeuticos, e resulta quer de uma perforação rectal, quer da abertura no peritónio de um abcesso peri-rectal, quer finalmente da propagação á esta sorosa de uma inflamação do recto.

No numero d'estas complicações consideradas por muitos auctores como as mais frequentes, encontram-se as ulcerações extensas da mucosa rectal, sobre tudo acima do obstaculo, que abrem caminho á suppurações abundantes, á phlegmões peri-rectaes, á abcessos, á descollamentos algumas vezes muito vastos, e á fistulas que existem em mais de metade dos casos e que vão abrir-se ora acima, ora abaixo do recto.

As complicações raras de que fallão os auctores, principalmente Huguer, Costallat e Gosselin, são: o esthiomena da vulva, as febres intermittentes e a phtysica pulmonar. Emquanto a ultima complicação temos um caso de observação propria em um doente da clinica do Sr. Dr. Almeida Couto, no Hospital da Caridade, que falleceo em Julho do presente anno.

Este doente, independente do estreitamento do recto, soffria de phtysica pulmonar e de *estenose* do oesophago, o que pela autopsia ficou demonstrado, sendo o estreitamento oesophagiano situado á 2 centimetros acima do cardia. Além deste caso por mim observado, o Dr. Costallat cita um outro de phtysica pulmonar; Gosselin 2; Trélat 4; Lancereaux 1; e Verneuil 2.

Quasi todos os auctores estão de accordo que a phtysica pulmonar, como complicação dos estreitamentos rectaes, é devida a insufficiencia da alimentação, a perturbação perpetua da digestão, e sobre tudo a cessação das regras, na mulher.

Agora, despendendo a nossa opinião acerca das complicações mais

frequentes dos estreitamentos do recto, temos a dizer que as fistulas são muito communs n'esta affecção, como bem se pode ver das observações que fazem parte d'este nosso insignificante trabalho.

Verneuil, em 10 casos de estreitamentos simples da extremidade inferior do recto, cuja descripção vem em alguns numeros da *Gazeta dos Hospitaes*, diz ter encontrado 6 casos de estreitamentos complicados de fistulas anaes, sendo em um d'elles as fistulas muito numerosas e a secreção muco-purulenta do intestino muito abundante; d'ahi o esgotamento o mais pronunciado.

---

## QUINTA PARTE

---

### **Do emprego e da apreciação dos differentes methodos therapeuticos nos estreitamentos do recto.**

Vasta e importantissima em todos os seus detalhes é a parte relativa á therapeutica das coarctações rectaes.

Desde a mais remota antiguidade até a epocha presente que a cirurgia tem sido interrogada sobre este assumpto, e hoje, graças ás accuradas pesquisas e incansaveis investigações de cirurgiões distinctos, ella dispõe de meios assaz poderosos para combater de uma maneira avantajada os estreitamentos rectaes.

Estes meios, que podem reduzir-se a quatro methodos distinctos, são: *A dilatação, a cauterisação, a incisão e a extirpação.*

Se bem que cada um delles admitta variedades em o seu modo de applicação, todavia os mais importantes são—a dilatação e a incisão que recentemente tem soffrido uma util modificação pelos Drs. Verneuil e Panas.

#### **Dilatação.**

Foi, sem duvida, inspirado pelo preceito de Morgagni e as observações de Petit que Desault emprehendeo curar os estreitamentos rectaes pelo emprego de mechas untadas de pommada mercurial e introduzidas no intestino coarctado.

Os felizes successos obtidos pelo distincto e illustrado cirurgião Francez despertarão no espirito de alguns outros o emprehendimento de serios estudos praticos.

E assim aconteceu.

A razão humana, sempre avida do descobrimento da verdade, proseguio na analyse dos factos, e, não poupando esforços nem tão pouco sacrificios, chegou a demonstrar que os especificos nada tiubão



que ver com a cura das coarctações, desde que a simples applicação de mechas era sufficiente para produzir curas, sinão radicaes, ao menos compatíveis com uma saúde satisfactoria.

D'ahi foi que nasceu o methodo da dilatação, do qual nos vamos occupar detidamente.

O methodo da dilatação recebe denominações differentes, segundo se quer obter lenta e progressivamente a ampliação do canal estreitado, ou conseguil-a instantanea e bruscamente.

No primeiro caso denomina-se dilatação lenta e progressiva; no segundo denomina-se dilatação forçada.

Variedades de um mesmo methodo, estes dous processos operatorios differem um do outro, pelo que merecem ser estudados e apreciados separadamente.

*Dilatação lenta, progressiva*.—Este processo o mais antigo de todos é ainda hoje de grande applicação e vantagens na pratica.

Os instrumentos de que servião-se outr'ora para pratical-a diversos cirurgiões, em cujo numero estão: Desault, Tanchou, Beniqué, Costallat, Claudinus, Ancelin d'Amiens, Bermond de Bordeaux, Copeland, Boyer, Calvert e outros, erão numerosos e especiaes.

E' assim que Desault e Claudinus usavão das mechas de fios e como elles Dupuytren e Demarquay; Gariel e Beniqué, das bugias de gomma-elastica e de tubos membranosos; Bermond, de um aparelho muito engenhoso para a compressão permanente; Copeland, das sondas urethraes no começo e das oesophagianas no fim; Boyer, das bugias de estanho; e Calvert, finalmente, das bugias de bola, cuja vantagem é de não dilatar o anus ao mesmo tempo que o ponto coarctado, o que fal-as ficar em permanencia sem fatigar o doente.

Além destes instrumentos, encontrão-se as canulas metalicas ou de *caout-chouc* vulcanisadas, destinadas a dar sabida, ao mesmo tempo que dilatão, aos gases intestinaes; os suppositorios de metal, de marfim, de gomma ou *gutta-percha*; as bugias de cêra e finalmente os corpos susceptíveis de inchar pela humidade, como a esponja preparada, a raiz de genciana, a laminaria digitata etc.

De todos estes instrumentos outr'ora muito procurados e de extenso emprego na pratica, hoje, a não ser as mechas, as canulas as sondas, (de Mathieu) as de marfim flexivel fabricadas por Charrière e as bugias, sobretudo as de Busch, todos os mais são abandonados.

Em regra geral, qualquer que seja o instrumento ou corpo dilatante, torna-se indispensavel á seo emprego, que antes de introduzido no intestino, seja untado de ceroto simples ou uma pomada calmante, afim de que, penetrando com lentidão e sem violencia, evite os grandes attritos e os falsos caminhos, susceptiveis de dar-se.

Além desta particularidade relativa ao emprego do corpo dilatante, da qual jamais deve o pratico olvidar-se, uma outra assaz importante e indispensavel ao catheterismo, *secundum artem*, ainda se lhe impõe. *E' a direcção do órgão sobre o qual vai elle praticar a dilatação.*

O recto, como sabe-se, tendo por séde a excavação da bacia, offerece mudanças de direcção, desde o seo começo até a sua terminação.

A principio obliquo de cima para baixo e de traz para diante, curva-se em seguida para tomar uma nova direcção que é a de baixo para cima e de diante para traz, discrevendo assim uma dupla curvatura, no sentido da qual deve o instrumento ser dirigido.

E' pelo conhecimento da direcção do recto que o cirurgião pode com segurança evitar a parada do corpo dilatante sobre o promontorio ou angulo sacro-vertebral, que representa no catheterismo d'este órgão o mesmo papel que o collo do bolbo no catheterismo da urethra.

Quando o corpo dilatante é a mecha de fios, é necessario ligal-a cautelosamente na sua parte média com um fio duplo, cujas extremidades devem ser presas fóra do anus, por meio de tiras agglutinativas para impedir-lhe a subida, que pode determinar verdadeiros accidentes de obstrucção intestinal, principalmente se o estreitamento não é muito apertado (serré).

No caso em que o estreitamento é tal, que não permite a passagem de uma mecha muito pequena, convém, segundo aconselho Dupuytren e Demarquay, não tentar passal-a no estreitamento, com o auxilio de um porta-mecha, desde que accidentes graves podem dar-se: o melhor é leval-a até o nivel do estreitamento e ahi deixal-a, visto como pela sua acção de presença dá-se e desengorgitamento das partes pelo escoamento de liquidos que se faz, e no dia seguinte um largo caminho offerece-se para dar livre passagem ao corpo dilatante.

Em relação a introducção de qualquer outro instrumento apropriado á dilatação, a regra geral é que seja feita de modo que a extremi-

dade do instrumento não vá de encontro a circumferencia do estreitamento, porque pode resultar, sobre tudo quando o tecido da parte estreitada é friavel, rupturas ou falsos caminhos, as mais das vezes seguidos de consequencias sérias e fataes.

O processo da dilatação lenta, o mais universalmente empregado, pode-se dizer que acha indicação em todos os casos de estreitamentos, principalmente naquelles que teem por séde um ponto elevado recto e que são incipientes.

Mas ainda não é tudo; cumpre saber a duração do tempo que o agente dilatante deve permanecer no intestino recto. Para uns, deve-se conservá-lo por tanto tempo, quanto fôr possível; e para outros, que é a opinião mais geral, não se deve sondar muitas vezes e nunca deixar o corpo dilatante senão por breve espaço de tempo.

Assim, Gross falla do catheterismo feito todos os dous dias e durante 5 minutos somente. Esmarch, que segue a pratica mais seguida na Inglaterra, manda que sonde-se o doente todos os dous ou quatro dias e proscree absolutamente a demora do corpo dilatante por muito tempo; porque, sob a influencia delle, podem sobrevir accidentes inflammatorios terriveis.

Em um caso de estreitamento fibroso do recto, em uma doente do serviço de clinica do Sr. Dr. Moura, no Hospital da Caridade (veja-se a obsv. I.) a dilatação foi alterna nos 30 primeiros dias e continua d'ahi por diante, demorando-se a sonda 10 minutos no recto.

Durante todo o tempo da dilatação, (90 dias) a doente não apresentou o menor symptoma que se prendesse á inconveniencia do catheterismo, a não ser pequenas dôres que desaparecerão de todo com a continuação do tratamento.

Apezar da dilatação gradual ser um processo operatorio dos mais innocentes e de amplo emprego na pratica, todavia casos ha em que ella não deve ser applicada, a menos que não traga serios e graves inconvenientes.

Os casos de contra-indicação, pois, não deixão de ser numerosos.

Assim, quando a mucosa rectal estiver inflammada em torno do ponto estreitado; quando existirem fendas do anus e ulcerações de qualquer natureza, extensas e profundas, na mucosa; quando houver uma irritação muito viva, o que sóe dar-se de preferencia nos individuos nervosos; a dilatação deve ser proscripta e o cirurgião em-

pregará um dos outros meios operatorios aconselhados pela sciencia e pela observação.

Independente dos casos de contra-indicação, a dilatação lenta e progressiva tem seos inconvenientes e perigos.

O primeiro inconveniente d'este processo operatorio, que para ser efficaz nunca deve ser interrompido, é o longo tempo que necessita para produzir os effeitos desejados.

Os individuos que á elle sujeitão-se, acabão por abandonal-o, já pelo incommodo que lhes causa, já pela descrença que acompanha-os.

Os corpos dilatantes, quaesquer que sejam, além de fatigarem os doentes, são causas muita vez de irritações intestinaes, dôres intensissimas e duradouras, inflammações simples ou ulcerativas, hemorrhagias, catharros intestinaes, tenesmos, contracturas espasmodicas dos esphyncteres, perforações intestinaes e outras lesões, pelo que vê-se o cirurgião na dura e critica contingencia de renunciar este meio therapeutico, na cura dos estreitamentos.

Sauri (1) cita um caso de estreitamento syphilitico do recto, em uma mulher de 22 annos, em que foi obrigado a renunciar a dilatação pelas dôres atrozes e repetidos ataques hystericos que sobrevierão.

Blondeau diz ter observado accidentes de retenção de ourina, consecutivos á applicação das mechas.

Costallat um caso de perforação intestinal em um dos seos doentes, e Desault accidentes da mesma natureza.

Embora a dilatação seja um processo que possa trazer, em certos e determinados casos, inconvenientes e perigos, vejamos pois o seu *modus agendi*.

Dizem todos os auctores que a dilatação pôde ter uma acção triplice.

1.º Uma acção meramente mechanica; 2.º uma acção inflammatoria, como resultado de todo corpo estranho introduzido nos tecidos; 3.º uma acção resolutive por compressão das partes.

Exercendo-se por qualquer d'estes modos, pôde a dilatação por si só determinar a cura radical dos estreitamentos?

Em epochas que não vão muito longe, esta questão tão importante, no estudo da therapeutica das coarctações, quanto melindrosa, rece-

---

(1) Diccionario Encyclopedico de Sciencias Medicas, artigo sobre os estreitamentos do recto.

beo o *verdictum* de alguns cirurgiões, que decidiram-na pela affirmativa.

Era assim que dizia-se. «As mechas determinão phenomenos de irritação, após os quaes o tecido cicatricial amollecendo-se é reabsorvido.»

Mas hoje, diante dos resultados oriundos da calorosa e proficua discussão que teve lugar na Sociedade de Cirurgia de Pariz em 1873, na qual tomaram parte os Drs. Verneuil, Panas, Desprès, Trélat, Guérin, Forget e Chassaignac, ficou desmonstrado que a dilatação lenta não é senão um meio palliativo.

Em apoio d'esta opinião vêm as seguintes palavras de Bushe e de Colles.

« Quoique j'aie pu améliorer le sort d'un grand nombre d'individus je n'ai jamais eu le bonheur d'en voir guérir un seul » (Bushe).

« J'ai particulièrement dirigé mon attention sur l'usage des bougies et je dois avouer franchement que je n'ai pas été assez heureux jusqu'ici pour obtenir une seule guérison durable; je n'ai pas eu non plus la bonne fortune de rencontrer un seul cas de succès obtenu avec cette méthode par d'autres chirurgiens sur des maladies que je susse de source certaine atteints de rétrécissement » (1) (Colles).

Em these, pode-se dizer que a dilatação gradual é um heroico meio de tratamento dos estreitamentos fibrosos incipientes, isto é d'aquelles em que as paredes do recto não são ulceradas, nem endurecidas em grande extensão.

Mas estes casos são muito raros na pratica, visto como os individuos, victimas de estreitamento rectal, só procurão o medico quando a coarctação tem, por assim dizer, attingido seos ultimos limites.

De observação propria apenas temos tido um caso de dilatação gradual, que é o seguinte:

**OBSERVAÇÃO.**— *Estreitamento fibroso do recto; dilatação gradual sem successo; rectotomia linear.*

Ignéz Maria da Conceição, branca, 30 annos, costureira, já tendo parido 2 filhos, entrou para o serviço de clinica do Dr. Moura, no Hospital de Caridade, em 7 de Maio de 1876.

---

(1) Mollière—obra citada pag. 321.

Diz que, ha 3 annos, soffreo de cancos molles na vulva e de leucorrhéa, sendo aquelles curados com sulfato de cobre e esta com injeções adstringentes.

Seis mezes passados, começou a sentir difficuldades nas dejecções, que, além de penosas, fazião-se com longos intervallos.

Independente d'essas irregularidades na defecação, accusa-se de constipação habitual, apesar de recorrer aos purgativos e laxativos.

As fezes expellidas por effeito purgativo, bem como as que não são, sahem achatadas sob a fôrma de uma fita.

Em dezembro de 1875, progredindo a molestia, á ponto das materias estercoreas serem retidas por mais de 4 dias, o que deo logar ao apparecimento de syncopes e de profundo abatimento de forças, manifestou-se um corrimento de pus pelo anus, sem que, para combatel-o, uzasse de medicação alguma.

A simples inspecção mostra, pelo lado da vulva, affastados os grandes labios, signaes indeleveis de cicatrises e o prolapso do utero; pelo lado do anus signaes cicatriciaes muito apagados.

O toque rectal revela á 5 centimetros, pouco mais ou menos, do anus, um aperto que deixa passar a 1.<sup>a</sup> phalange do indicador direito. Acima do aperto, duro, resistente e de fôrma circular, o intestino é dilatado e contém materias fecaes em accumulo.

O endurecimento que nota-se no aperto estende-se ás paredes do recto até certa extensão (2 1/2 centimetros), e de preferencia á parede rectal posterior, quer acima, quer abaixo do ponto estreitado.

A introdução do dedo até a séde do estreitamento se faz com custo e provoca dôres, á doente principalmente quando attinge a porção rectal existente acima da coarctação.

A sahida do dedo revela o estado de ulceração da mucosa, visto como vem coberto de pus misturado á sangue.

O estado geral da doente não é bom. Ella tem perdido o appetite e ultimamente tem tido diarrhéa.

No dia 30 de maio, depois de melhorar as condições geraes da doente por meio da therapeutica apropriada, o Sr. Dr. Moura deo começo a dilatação, empregando de preferencia as sondas rectaes-conicas de coaut-chouc vulcanisadas.

A applicação das sondas foi sempre feita do seguinte modo:

Occupando a doente o decubito lateral, uma sonda de 1/2 centimetro de diametro, untada de cerôto simples foi lentamente e no sentido da direcção do recto, introduzida até chegar no estreitamento, apenas transposto pela extremidade conica, o que provocou algumas dôres á doente.

Nos 30 primeiros dias a dilatação foi alternada e dahi por diante continua, permanecendo a sonda no recto por espaço de 10 minutos.

Da 5.<sup>a</sup> sessão em diante as dejecções se forão tornando faceis, sem dôres e, regulares, e as dôres provocadas pela introdução da sonda forão diminuindo, até de todo desaparecer.



Durante o tempo da dilatação (90 dias) a doente fez uso da seguinte fórmula:

R. Iodureto de potassio..... 8 grammas.  
Agua distillada..... 500 »

Dissolva e mande—para tomar 2 colheres de sopa por dia.

Com o tratamento empregado, a doente que serve de assumpto á esta observação, conseguiu grandes melhoras em relação ao estado em que entrou para o Hospital. Por esta razão, deixou de prestar-se ao catheterismo, (talvez por julgar-se curada) que de certa data em diante foi praticado pela enfermeira.

Progredindo a molestia em junho do presente anno, o Sr. Dr. Moura, praticou no dia 30 deste mez a operação da rectotomia linear.

Quando a doente achava-se quasi restabelecida, foi acommettida de uma febre de character pernicioso que, sendo combatida por uma therapeutica justa e racional, de prompto cedeo, retirando-se do Hospital ainda no periodo de convalescença, em 13 de setembro do presente anno.

*Dilatação forçada*.—Precesso operatorio muito mais expedito e perigoso que o precedente, a dilatação forçada foi preconizada na Inglaterra por Astley Cooper e mais tarde posta em execução pelos principaes cirurgiões da Europa.

Como meio mais simples de pratical-a, servião-se os cirurgiões dos dous polex, que, untados de uma substancia oleosa, eram introduzidos no estreitamento e d'est arte forçavão-no, servindo de ponto de apoio aos outros dedos as tuberosidades do ischion.

Este processo, aliás muito simples, só podia ser applicado aos estreitamentos situados na ultima porção do recto, e que não eram muito apertados (serrés.)

Por esta razão a sciencia resentindo-se d'esta falta appellava para outros meios que podessem dar os mesmos resultados que a dilatação forçada pelos dedos.

Desde então novos instrumentos forão inventados e introduzidos na pratica.

De todos elles o que data de epocha mais remota é o inventado por Astley Cooper.

Em seguida vem o dilatador de Weiss, á imitação do especulo de Paré; o dilatador de 3 laminas, de Ancellin, gabado por Thouret e Vicq d'Azyr; o dilatador de 3 hastes triangulares, de H. Larrey e Demarquay; o dilatador de Huguir, construido pelo modelo do de Rigaud e Montain para os estreitamentos da urethra; os dilatadores de Nélaton e de Beylard; o dilatador de Charrière, o de Mathieu etc.



O processo da dilatação brusca offerece grandes vantagens, exclusivamente nos casos de contracturas antigas que simulão estreitamentos organicos; por quanto a rapidez deste processo faz com que cesse subitamente o obstaculo ao curso das materias fecaes, e consequentemente uma melhora consideravel para o doente.

Mas o que determinará esta melhora, attenta a natureza do processo operatorio?

Será a ruptura dos tecidos, da qual se não pôde prever nem calcular a extensão, nem a profundidade, visto como depende ella da resistencia maior ou menor dos tecidos intestinaes e da força empregada?

Ou será devida á uma outra causa qualquer até hoje desconhecida?

Para nós esta melhora, aliás passageira, depende da ruptura dos tecidos que, mais tarde regenerando-se, reproduzem no maior numero de vezes os estreitamentos, sobre tudo os de natureza fibrosa.

Entremos na explicação do facto.

Logo que o estreitamento é superado pela resistencia dos dedos, ou de outro instrumento apropriado á divulsão, a consequencia immediata é o alargamento rapido ou a ruptura do obstaculo.

Uma vez produzido o alargamento ou ruptura, pôde succeder que dê-se ou a ruptura unica do obstaculo, e n'este caso a lesão é limitada, ou então comprehenda ella a mucosa rectal ao nivel do estreitamento.

Em ambos os casos, como resultado das diversas lesões, dá-se uma inflammção reparadora que mais tarde é substituida por um tecido da nova formação (tecido cicatricial), cuja propriedade organica principal é a *retractilidade*.

Quando, porém, o methodo da divulsão é feito de modo que a ruptura do obstaculo não possa dar-se, mas sim a sua distensão, então as cousas mudão de character, e se é obrigado a repetir frequentemente, para obter-se favoravel resultado, a dilatação forçada.

Este ultimo caso é excepcional, mas pôde dar-se.

Como quer que seja, o processo operatorio denominado—divulsão é muito perigoso, e dependem do acaso os resultados obtidos.

E' perigoso 1.º porque inflinge aos pacientes dores atrozes que podem ser seguidas de phenomenos espasmodicos locais ou geraes; 2.º porque os expõe á inflammções diffusas, á erysipelas, á peritonites, á collecções de pus, á fistulas & &.

3.º finalmente, porque expõe-os á hemorragias sérias e abundantes, sobretudo se ellas têm origem acima do ponto coarctado, e igualmente á ecchymoses consideraveis.

Este processo é tão perigoso que Trélat, um dos cirurgiões mais notáveis da França, assim exprimio-se na sociedade de Cirurgia—*«Je ne ferai plus jamais la dilatation brusque dans aucun cas de rétrécissement du rectum...»*

Como Verneuil, Chassaignac cita mais de um caso de accidentes sobrevindos á dilatação forçada, que explicão sobremodo o quanto é perigosa a cura das coarctações rectaes por este processo.

A sciencia registra grande numero de casos de insuccessos da divulsão.

Felizmente o caso por mim observado, de que mais abaixo dou noticia, na clinica do Dr. Pires Caldas, foi o mais bello e satisfactorio pelo seu resultado.

**OBSERVAÇÃO.**—*Estreitamento fibroso do recto de fôrma sêmi-annular, complicado de fistulas; dilatação forçada pelo speculum-anni; cura.*

Antonia Adelaide, 47 annos, branca, solteira, natural de Portugal, entrou para a clinica do Dr. Pires Caldas no Hospital da Caridade, em 15 de julho de 1877.

Diz que, ha 3 annos, soffreo de ulcerações no anus e no recto, mas que curara-se com a applicação do nitrato de prata.

Algun tempo depois, (1 anno mais ou menos) principiou a experimentar difficuldade nas dejecções, constipações etc.

A constipação é continua; algumas vezes passa 4 e mais dias sem defecar.

Desde o principio da molestia apenas fez uso de clysteres e de purgativos.

Suas menstruações são irregulares e pouco abundantes.

Já teve 5 filhos, sendo sempre bons os seus partos.

O exame da parte revela, á 4 centímetros do anus, um anel fibroso incompleto, assim como o endurecimento da parte posterior da mucosa rectal.

Na região anal existem duas fistulas completas, sendo uma na margem do anus e outra de abertura na vulva.

Abaixo do anel, de fôrma sêmi-annular posterior existe uma excrescencia munida de um pediculo que prende-se á parede posterior do recto.

Sendo este pediculo curto, não podia esta excrescencia polypiforme passar o anus.

Constantemente pelo anus e pelas fistulas dá-se a sahida de um pus espesso e fetido.

Nas dejecções emprega excessivos esforços, acompanhados de dôres,

No dia 28 (julho) o Dr. Pires Caldas, introduzindo o *speculum-ani* (développement plein, de Charière) este passou, sem grande custo, além do estreitamento.

Aberto o instrumento e retirada em seguida a valvula movel, ficou completamente dilatado o anel, o que verificou-se pela franca e livre passagem do indicador.

Com a sahida do especulo houve pelo anus uma pequena hemorrhagia, o que denunciou a ruptura do obstaculo, não sendo necessário, para sustal-a, a intervenção da arte.

Desde o dia em que forçou-se o estreitamento, as dejeções forão fazendo-se facilmente e sem dôres, e com o uso de purgativos e laxativos restabeleceo-se o jôgo dos intestinos.

Já se vê por esta observação que, os estreitamentos rectaes recentes sendo facilmente dilataveis, a dilatação presta bons serviços, *maxime* quando o doente não abandona o catheterismo.

No mesmo dia da operação o Dr. Pires Caldas praticou o desbridamento dos trajectos fistulosos pelo bisturi, e quando a doente retirou-se do hospital ( 23 de Agosto ) as fistulas achavão-se cicatrisadas e o calibre intestinal quasi de dimensões normaes.

### **Cauterisação.**

O methodo da cauterisação hoje abandonado, e com razão, no tratamento das coaretações rectaes, contou numerosos e decididos partidarios.

Evrard Home, Costallat, Jamson, Amussat, Robert, Duplat, Sanson e outros, apresentam casos de successos maravilhosos obtidos pelo emprego de substancias causticas.

Os causticos de que se servião esses cirurgiões erão de natureza diversa.

Evrard Home usava do nitrato de prata; Amussat da potassa caustica e do nitrato de prata com que muitas vezes cauterisou Broussais; Robert da massa de Vienna que applicava todos os 15 dias, empregando, depois da quêda da eschara, a dilatação; Costallat e Jamson do cauterio actual, sendo protegido por um especulo de madeira, afim de, applicado sobre o estreitamento, não comprometter as partes circumvisinhas.

Os porta-causticos empregados erão diversos, mas assemelhando-se pelo volume aos porta-causticos urethraes.

Embora dissessemos que o methodo da cauterisação está abandonado, todavia elle ainda hoje é aceito em certos e determinados casos de es-  
treitamentos, porém não constituindo por si só um poderoso meio de  
cura, mas sim um auxiliar á ella.

Diante dos progressos da cirurgia, este methodo não tem razão de ser,  
desde que a acção dos differentes causticos sobre os tecidos vivos não  
póde de antemão ser calculada nos desejados effeitos.

Se de um lado o nitrato de prata produz uma cauterisação super-  
ficial dos tecidos, e de outro a potassa caustica e a massa de Vienna  
produzem uma cauterisação profunda, o cirurgião não póde contar  
com elles, desde que a cauterisação fôr superficial ou muito profunda.

No primeiro caso, a cauterisação sendo superficial, por isso que a  
acção do nitrato de prata é limitadissima, o pratico as mais das vezes  
tem necessidade de repetil-a uma, duas, trez e até mais vezes para  
conseguir algum resultado, o que torna-se assaz incommodo para o  
doente, já pelas dôres que produz, já pela inflammação que póde  
sobrevir.

No segundo caso, a potassa caustica ou a massa de Vienna que tem uma  
acção rapida, destruidora e especial sobre os tecidos, determinando uma  
cauterisação profunda, póde estender esta mesma acção até os tecidos  
circumvisinhos, e, contra a espectativa do cirurgião, produzir acciden-  
tes bem serios e fataes, antes ou depois da quêda das escharas.

Si o cirurgião podesse calcular com certeza mathematica até onde  
chega a acção da substancia caustica, ou melhor determinar a area  
de acção, a cauterisação seria um optimo meio de tratamento das  
coarctações rectaes de certa natureza e data.

Em regra geral, as substancias causticas de acção energica, como é o  
cauterio actual, são de applicação perigosissima e exigem grande  
perspicacia e reconhecido saber da parte de quem applica-as.

Os casos de accidentes gravissimos e fataes produsidos pela acção  
prolongada dos causticos—actual e potencial—comprovão nossa as-  
serção, e, uma vez por todas, demonstrão o quanto de cautela ou pre-  
caução deve ser tomada no emprego d'elles.

Tratando d'este meio outr'ora muito empregado nas coarctações  
rectaes, Chassaignac assim exprime-se, em seo tratado de medicina  
operatoria:—*La cautérisation est plus propre à produire la maladie et  
à en exagérer l'intensité qu'à en amener la guérison.* »

Contrario a ideia de Chassaignac, Nélaton pensa que a cauterisação nos estreitamentos rectaes sendo praticada com intelligencia pode modificar a molestia e prestar bons serviços á dilatação.

A cauterisação de que falla e aconselha o illustrado auctor, é a cauterisação feita pelo nitrato de prata.

Verneuil, uma das summidades scientificas da França, quando trata da cauterisação, diz que ella tem feito sua epocha e que com vantagens praticas pode ser substituida pela electrolyse.

*Electrolyse*:—Em 1873, Léon Lefort annunciou á Sociedade de Chirurgia de Paris um caso de cura de estreitamento rectal do qual eis, em linguagem succinta, a descripção: (1)

«Trata-se de uma mulher de 30 annos, já operada, ha 5 annos, de um estreitamento que se tem reproduzido.

Examinando-a, Léon Lefort reconheceo um estreitamento rectal bastante elevado, constituido por um anel duro e muito estreito que, com custo, deixa passar a extremidade do index.

Para applicar a electricidade, Léon Lefort fez com a gutta-percha um longo cone, em cujo centro atravessão fios metalicos que communicão com 4 pequenos elementos de sulfato de cobre. (Morin).

O outro reophoro communica com uma placa collocada sobre o abdomen.

O apparelho, no primeiro dia, conserva-se applicado durante quatro horas.

Os fios produzem pequenas escharas ao mesmo tempo que o cone obra como dilatador. Depois, o apparelho é applicado pela propria doente todo dia á tarde e, da vigesima sessão em diante, a doente julga-se restabelecida, pelo que retira-se do hospital.

O exame antes da sahida revela a passagem livre e franca do index; as materias fecaes são de volume normal, emfim não ha mais constipação; a doente é curada.»

Em resumo diremos que o methodo do Dr. Léon Lefort ainda não pode merecer a sancção pratica, e que o da cauterisação, quer pelo caustico potencial, quer pelo cauterio actual, só deve ser empregado

---

(1) Diccionario Annual dos progressos de Sciencias e Instituições Medicas.

nos estreitamentos complicados de granulações blennorrhagicas, apesar de serem rarissimos.

Ainda assim, a cauterisação não deve ser considerada como meio definitivo de cura, mas sim um bom auxiliar á ella.

### **Rectotomia**

A ideia de sectionar os estreitamentos do recto, não é absolutamente moderna.

Foi Wiseman, cirurgião de Londres, quem primeiro applicou o methodo das incisões ao tratamento das coartações rectaes.

Os successos por elle obtidos fizeram que este methodo operatorio contasse, na Inglaterra, numerosos partidarios, quaes Hawkins, Henry Schmit e outros.

Em 1838, Stafford pondo-o em execução conseguiu a cura de dous doentes, cujas observações submetteo á consideração da Sociedade Medico Cirurgica de Londres.

Na França, este methodo tambem contou numerosos partidarios; e Desault, o primeiro que ali praticou-o, só empregava-o nos casos de estreitamentos constituídos por bridas fibrosas ou especie de septos.

Ao lado do distincto cirurgião Francez apresentão-se—Boyer, Amussat, A. Bérard, Masliéurat-Lagémard, Velpeau, Malgaigne, Nélaton e Sedillot, que tem empregado a rectotomia mais como meio adjuvante á dilatação, do que definitivo á cura das coarctações.

Hoje, porém, que a cirurgia tem ampliado os seus horisontes practicos e vai caminho do progresso; ao lado das incisões internas achão-se collocados dous outros processos mais recentes, de inquestionavel valor e util applicação. São a *rectotomia externa*, (a *ciel ouvert*) de Panas e a *rectotomia linear*, de Verneuil.

O primeiro destes processos, que vem de Stafford, foi praticado em 1863 por Nélaton, na presença de Panas que mais tarde communica, (27 de novembro de 1872) á Sociedade de Cirurgia, dous resultados satisfactorios por elle conseguidos.

O segundo, mais moderno que o primeiro, foi praticado pela primeira vez por Verneuil em 1863 e depois por elle executado em grande numero de casos, com incontestaveis successos.



O methodo da rectotomia, pois, pode ser dividido em trez processos operatorios differentes:

1.º *Rectotomia interna*; — 2.º *Rectotomia externa*; — 3.º *Rectotomia linear*. (1)

Passemos a estudal-os separadamente.

*Rectotomia interna*.—Este processo operatorio, considerado por uns como meio coadjuvante á dilatação e por outros como definitivo, foi geralmente empregado nos estreitamentos rectaes em fórma de bridas, ou valvulas mui pouco espessas.

No numero dos instrumentos inventados para pratical-o, estão os corta-bridas, de Desault; o litotomo occulto; o bisturi herniario, de Cooper; o rectotomo, de Richet; o de Amussat e seu escarificador; o rectotomo de Tillaux, cujas vantagens são de poder graduar e limitar exactamente as incisões e multiplicar-as a vontade sobre o circulo fibroso; e o rectotomo de Rigaud.

De todos estes instrumentos os melhores e mais empregados hoje são o escarificador, de Amussat; o rectotomo de Tillaux, construido sob o modêlo do urethrotomo de Maisonneuve, e o bisturi herniario de Cooper.

Para nós, o bisturi abotoado tem preferencia á qualquer dos outros instrumentos. Pelo seu tamanho e fórma particulares, torna-se de facil applicação, visto como pode ser dirigido pelo index do operador e seccionar os tecidos a vontade.

*Incisões*.—As incisões podem ser unicas ou multiplas, profundas ou superficiaes.

Em todos os casos, depois de feitas, torna-se preciso o emprego de corpos dilatantes, afim de manter afastados os labios das incisões, impedindo assim de reunirem-se por primeira intenção.

Quando pratica-se as incisões internas, que, segundo Léon Labbé, (2) não devem exceder de 3 á 4 millímetros de profundidade e 8 a 9 de extensão, é necessario levar-se sempre o bisturi, o mais que for possivel, da parede rectal posterior pela simplicidade de suas relações.

---

(1) Alem destes trez processos, trataremos da extirpação do recto; do anus artificial e da rectotomia pelo enterotomo de Richet, empregada pelo Dr. M. M. Pires Caldas sempre com felizes resultados.

(2) Léon Labbé, obr. cit. pag. 140 anno 1876.



Si as incisões, porém, forem praticadas nas paredes lateraes, pode dar-se a lesão das arterias hemorrhoidaes e então uma hemorrhagia interna comprometter a vida do paciente.

A presença da urethra, das vesiculas seminaes, no homem, da vagina na mulher e do *cul-de-sac* que, em ambos os sexos, desce mais abaixo para diante que para traz, mostra que as incisões nunca devem ser praticadas na parede rectal anterior.

Attentas estas particularidades, a rectotomia interna pode ser feita de diversos modos, mas sempre sobre a parede rectal posterior.

1.º Seccionando-se o estreitamento em toda sua espessura, excédendo os limites do intestino.

2.º Seccionando-se somente os tecidos cicatriciaes sem dividir-se completamente as paredes intestinaes.

3.º Fazendo-se a excisão de uma parte do estreitamento.

4.º Praticando-se o desbridamento multiplo, por meio de pequenas incisões superficiaes ou profundas.

Qualquer que seja o *modus-faciendi* do processo, torna-se indispensavel, diante dos factos, o emprego de corpos dilatantes, cuja vantagem é ampliar lenta e progressivamente o calibre do intestino ao nivel do ponto coarctado, até a regeneração total dos tecidos compromettidos.

Combinada com a dilatação, a rectotomia constitue um poderoso auxiliar á cura das coarctações; mas ainda assim não está isempta de trazer consequencias serias e fataes.

No numero dellas estão as hemorrhagias internas, a peritonite, as septicemias, os phlegmões graves, os abcessos da pequena bacia, a erysipela, a lymphagite, a phlebite etc.

Velpeau e Blacher citão casos de estreitamentos tratados pelo processo das incisões internas, terminados por accidentes gravissimos e fataes.

*Rectotomia externa*.—Processo assaz expedito, mas que nem sempre corresponde a expectativa do operador, é a rectotomia externa, de Panas, que consiste em dividir ao mesmo tempo, não só o estreitamento, como tambem o esphincter do anus, de maneira a produzir uma vasta ferida triangular, cuja cicatrização se pode bem apreciar e dirigir.

Este processo operatorio, que é applicavel á todos os estreitamen-

tos, excepto os situados em um ponto elevado do recto por causa dos perigos da lesão do peritoneo, pratica-se da seguinte fórma:

«O doente chloroformizado, leva-se a bacia sobre o bordo da mesa de operações e confia-se a dous ajudantes as coxas do paciente, que estão em semiflexão.

O index da mão esquerda do operador, introduzido no recto até attingir o estreitamento, serve de guia á um bisturi abotoado que é levado a *plat* e incisa na linha mediana todas as partes molles.

O ponto estreitado é posto a descoberta e puxado para baixo; depois o bisturi é levado sobre o aperto intestinal e incisa-o na quantidade exactamente desejada para obter-se uma dilatação sufficiente.

Terminada d'est'arte a operação, collocase uma canula de 2 centímetros de diametro no estreitamento incisado, que deve ser conservada até a cicatrização da ferida. (Panás).

Como se vê, o processo da rectotomia externa apenas differe do das incisões internas em que, estas praticão-se unicamente sobre o ponto coarctado e aquella sobre o intestino situado abaixo do estreitamento, inclusive este e o esphincter em toda sua espessura.

As vantagens d'este processo, em relação ao outro, merecem ser mencionadas, o que passamos a fazer.

A rectotomia externa, além de ser um processo simples, rapido e prompto, reúne em si a vantagem de não ser praticada as *cegas*, como sóe dar-se com o processo das incisões internas.

Nas hemorragias resultantes d'ella, a ligadura do vaso pode ser feita com rapidez, o que não acontece com as incisões internas. Para sustal-as, recorre-se á outros meios muito aquém da ligadura, como o tampão, os stípticos ou adstringentes e finalmente ao cauterio actual.

Ao lado das vantagens que pode trazer a rectotomia externa, devemos também collocar os perigos e inconvenientes mais frequentes. Variavel como é a situação do *cul-de-sac* peritoneal, pode succeder que o peritoneo seja compromettido e uma peritonite apresentar-se, sobre tudo se o estreitamento é acompanhado de massas endurecidas e espessas e occupa um ponto elevado do recto.

As hemorragias, posto que possam ser debelladas, ainda assim constituem geralmente um accidente terrivel, principalmente nos in-

divíduos enfraquecidos por suppurações abundantes, o que é muito commun nos estreitamentos rectaes antigos.

Sobre os inconvenientes, o que temos a dizer, é que a rectotomia externa sem a dilatação é inefficaz e não pode ser considerada como meio therapeutico capaz de produzir a cura radical das coarctações.

No tocante aos resultados, entre nós, obtidos, apresentaremos as observações que se seguem.

**OBSERVAÇÃO I.**—*Estreitamento duplo do recto, de natureza fibrosa e origem provavelmente syphilitica; rectotomia de Panas.*

F. branco, 30 annos, natural da Bahia, lavrador, constituição fraca, temperamento lymphatico, vai tratar-se na casa de saúde do Dr. Domingos Rodrigues Seixas, em agosto do presente anno.

Diz ter soffrido de syphilis, e o exame do habito externo demonstra, em alguns pontos, signaes bem visiveis de lesões produzidas pela syphilis.

Os ganglios inguinaes estão augmentados e endurecidos. Ha 4 annos que soffre do recto, cuja molestia prohibe-lhe de defecar sem grandes e excessivos esforços, sempre acompanhados de dores intensas e duradouras.

O exame da região ano rectal revela pequenas elevações da mucosa, em começo de ulceração, cobertas de um pus espesso, repugnante e fetido, bem como toda região anal.

A introdução do index no recto encontra, á 4 centimetros do anus, um aperto duro, de forma annular completa, e á 1 centimetro acima deste, um outro aperto menos pronunciado e incompleto, não apresentando a mesma dureza do primeiro. Entre um e outro aperto não ha dilatação, como nota-se acima do primeiro (de cima para baixo).

A mucosa rectal acha-se ulcerada e, pelo anus, sahe copiosa quantidade de pus que mancha as roupas do doente, apesar das repetidas lavagens de que faz uzo.

O Sr. Dr. Freitas, digno e illustrado lente de anatomia topographica e operações, ajudado pelo lente substituto da secção de sciencias chirurgicas o Dr. Affonso de Carvalho, pratica neste doente a operação da rectotomia, de Panas.

Em primeiro logar incisa o aperto superior, continuando a incisão até o segundo ou inferior, e dest'arte toda parede rectal posterior, inclusive o esphincter em toda sua espessura.

Com a secção de uma região vascularisada como é o recto, não deixou de haver hemorrhagia que cedeo com simples irrigações de agua fria durante alguns minutos.

A introdução do index, em acto seguido a operação, denuncia a incisão dos estreitamentos, que d'antes permittiam a passagem ungual do referido dedo.

Terminada a operação, uma mecha de fios, untada de cerôto simples afim de

impedir a approximação e consequentemente a adherencia dos bordos da ferida, foi introduzida nos estreitamentos, sendo em seguida o doente transportado para o leito.

Na tarde do dia em que foi operado experimenta um ligeiro movimento febril que de prompto cede, independente de qualquer medicação.

O tratamento local consistio em injeções phenicadas com as quaes a ferida foi cicatrizando, sem que o emprego da mecha fosse sustado.

Melhorado, o doente retira-se da casa de saúde do Dr. Domingos Seixas, em 13 de setembro de 1877.

**OBSERVAÇÃO II.—*Estreitamento rectal de natureza fibrosa; rectotomia externa de Panas; morte.***

Mariana de Jesus, parda, costureira, 26 annos, natural da Bahia, boa constituição, temperamento sanguineo, entrou no Hospital de Caridade em 1 de Março de 1877, onde foi occupar um dos leitos pertencentes ao serviço clinico do Sr. Dr. Moura.

Fazendo a historia pregressa da molestia, accusou soffrer habitualmente de constipações de ventre, mesmo antes de manifestar-se a enfermidade que levou-a a procurar o hospital.

Diz ainda nunca ter soffrido de syphilis e de molestias venereas.

Que de dous annos é que data a sua molestia, caracterizada por grande difficuldade na defecação, dôres pelo ventre, umas vezes duradouras e outras passageiras. Alem d'isto, que as fezes são da fórma do excremento de cabrito.

O exame explorador do recto denuncia, á 5 centímetros do anus, uma orla fibrosa que deixa passar, com algum custo, a 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> phalanges do indicador direito.

Acima da orla, que é dura e espessa, o intestino é dilatado e não contém materias fecaes.

A mucosa acha-se endurecida e aspera, quer acima, quer abaixo do estreitamento.

Em 15 de Março, depois de purgada a doente, o Sr. Dr. Moura pratica a operação da rectotomia externa, de Panas, consistindo o curativo da ferida na applicação da mecha introduzida no intestino, e em injeções phenicadas.

Na tarde deste dia, a doente passa sem novidade, bem como até o dia 22. O pulso é de 78 pancadas por minutos e a temperatura de 37°, 5.

No dia 23, o pulso que era de 80 e a temperatura de 38° sobem, esta a 39°, e aquelle a 108.

Prescreve-se para uso interno sulfato de quinina e mistura salina.

O estado geral da doente é assustador. Manifestão-se vomitos, anxiedade, dôres pelo ventre que é bastante distendido e tympanico; pequena hemorrhagia pela ferida; suppuração fetida e abundante. Prescreve-se-lhe, para uso interno, opio, e calomelanos.

Dia 24, recrudescem os symptomas; ás dôres de ventre, aos vomitos, ao estado de anxiedade e de insomnia, vêm reunir-se suores frios e abundantissimos e o collapso do systema nervoso. Pulso lento e filiforme.

No dia 25, a doente expira, sem que podessemos fazer a autopsia, visto como foi um dia em que deixamos de comparecer no hospital, por motivos justos e imperiosos.

**OBSERVAÇÃO III.**—*Estreitamento fibroso do recto; rectotomia externa, de Panas; cura.* (1)

Joaquim Francisco Xavier, crioulo, 20 annos de idade, entrou a occupar o leito n. 21 da enfermaria de S. Fernando, no dia 16 de Julho de 1873. O estado deste doente, logo no primeiro dia, chamava immediatamente a attenção do pratico. Havia notavel magresa, anemia profunda e grande abatimento.

Não tinha appetite, e a regularidade dos actos digestivos estava notavelmente perturbada. A defecação era difficil e causava dôres ao enfermo.

As fezes, de consistencia molle, erão achatadas, affectando a fórma de uma substancia solida de fraca consistencia, que tivesse atravessado uma abertura estreita, cuja fórma tomasse.

A introdução do index não pôde, porém, se completar.

Não foi possivel fazer passar o dedo além da articulação da primeira com a segunda phalange. Já nesta altura encontrava a ponta do index um obstaculo á introdução. Havia neste ponto um diaphragma bastante endurecido, cuja resistencia era notavel, quasi cartilaginosa, apresentando no centro uma perforação mais ou menos circular, de menos de um centimetro de diametro.

Um centimetro abaixo deste diaphragma, na face posterior do recto, existia uma brida fibrosa em fórma de crescente. Servia esta de limite á uma grande dilatação ou *cul-de-sac*, cujo limite superior era constituido pelo diaphragma.

Neste reservatorio se achavam de continuo accumuladas as fezes com os liquidos segregados pela mucosa rectal em estado de suppuração.

Tinham estes liquidos um cheiro insupportavel, e erão em grande abundancia, sendo continuamente evacuados pelo anus.

Quanto a face anterior do recto, não havia ahi brida fibrosa, mas achava-se a mucosa ulcerada abaixo do diaphragma. Em todo resto de sua extensão estava ella notavelmente aspera e desigual.

O processo empregado pelo Sr. Dr. Domingos Carlos foi a rectotomia externa, de Panas.

Terminada a operação, a introdução immediata do dedo na séde do estre-

---

(1) Observação transcripta do livro de observações de clinica chirurgica e estudo sobre a pathogenia do beriberi, publicado pelos academicos Araujo e Cunha; pag. 77, anno 1874.

tamento deixou reconhecer-se que, não só fôra este completamente incisado, mas também a parede rectal em toda a sua espessura, desde o anel fibroso até o anus.

Consistio o curativo, depois da operação, na introdução de uma mecha molhada em uma solução de acido phenico.

A irritação que ella produzia nos labios da ferida e o difficil escoamento dos liquidos segregados motivarão um estado febril e incômodo geral, que se desvanecerão, apenas suspendeo-se o seu emprego.

Em substituição e com o fim de prevenir uma absorpção purulenta e infecção septicemica, empregarão-se injeções continuadas de solução phenicada.

No dia 14, immediato ao da operação, sobreveio uma reacção inflammatoria pouco intensa, inappetencia, mal estar pronunciado e diarrhéa copiosa.

No dia 15 era mais intensa a febre, a calorificação exagerada, e o pulso elevado.

No dia 16 o thermometro marcava 38°, 7 e batia o pulso 90 vezes por minuto.

No dia 17 subio a temperatura á 38°, 8 e o pulso á 100 pancéadas por minuto.

No dia 18 desceo a temperatura á 38°, 8 e o pulso á 98 por minuto.

No dia 19 ainda era mais baixa a temperatura—38° conservando, porém, o pulso a mesma frequencia do dia anterior.

No dia 20 chegou a temperatura quasi ao limite normal; o thermometro marcava 36°, 4 e o pulso batia 84 vezes por minuto.

Chegando a este estado começou o doente a sentir melhoras consideraveis, mas como desenvolvesse-se na enfermaria S. Fernando a infecção purulenta em um amputado, da qual este doente foi atacado, o Sr. Dr. Domingos Carlos entendeu, e com razão, removel-o immediatamente, o que effectivamente fez.

Passados dous mezes, este doente apresenta-se no Hospital, gordo e forte sem mais accusar symptoma algum que se prendesse á molestia de que foi operado.

A não ser estes dous casos de observação propria, operados pelo processo de Panas, nenhum outro até hoje temos observado, pelo que terminaremos este assumpto com as seguintes considerações assaz judiciosas e fundadas, feitas pelo illustradissimo professor da cadeira de Pathologia Externa Dr. Domingos Carlos, nas quaes dá noticia de 3 casos de estreitamentos rectaes operados pelo processo de Panas, por elle modificado.

«Depois das novas operações que se têm empregado no tratamento dos estreitamentos do recto, o prognostico desta enfermidade notavelmente se ha modificado.

A incisão do anel fibroso tal como era em outro tempo feita, por insufficiente favorecia as complicações inflammatorias e septicemicas, sendo o seu



effeito ao mesmo tempo nullo; porquanto a cicatrização nullificava, dentro em pouco tempo, todas as vantagens conseguidas pelo cirurgião no momento da operação.

A *rectotomia externa* tornou-se pois indispensavel, como um recurso mais seguro. A incisão da parede posterior do recto, em toda a extensão do anel fibroso, comprehendidos os esphincteres, dá logar a um canal traumatico regular.

Dividido o tubo rectal, a cicatrização não nullificará os effeitos da incisão; porquanto a base da cicatriz não é mais a parede do intestino, mas o tecido conjunctivo peri-rectal, e a retracção cicatricial tanto se fará no sentido transversal, como no longitudinal.

A experiencia me tem demonstrado taes resultados em alguns casos de minha clinica.

No hospital de Caridade, em 1873 tive occasião de tratar de um individuo, sofrendo de um estreitamento, mediante a rectotomia externa, processo de Panas.

Este facto se acha descripto em um volume publicado por um intelligente alumno de nossa Faculdade, então interno do serviço. O resultado foi vantagoso, e ainda um anno depois o individuo mostrava-se satisfeito da operação.

Em 1875 tive um outro caso, em minha clinica particular. Foi um moço chegado de Sergipe, enviado pelo Dr. Vasconcellos. O seu estado era lastimavel, e tão desgraçado que lhe suggeria algumas vezes a lembrança do suicidio. Este moço soffreu a operação da rectotomia externa, ainda pelo mesmo processo, por mim seguido no primeiro caso.

O estreitamento era alto, e apenas passava uma bugia n.º 6. A incisão, por meio do canivete abotoado, não poudo ser feita convenientemente, não obstante usar do speculum de Sims, de grandes vantagens em taes casos.

Fui obrigado a completar a operação em outra sessão.

Então não empreguei mais o bisturi, servindo-me de preferencia do lithotomo simples. Mediante este instrumento o effeito foi brilhante, e a incisão graduada na extensão e na espessura desejadas. Os esphincteres foram divididos uniformemente, ficando após a operação um canal traumatico regular e de igual diametro em toda a extensão dividida.

A cicatrização realisou-se sem accidentes. As dejeções deixaram de ser dolorosas, e diminuíram de frequencia, sendo as materias solidas.

Assim tambem diminuiu a secreção purulenta, tão abundante anteriormente.

Para neutralizar a retracção circular do tecido da cicatriz, em relação ao anel do estreitamento, eu recorri a dilatação, mediante um instrumento, que por instrucções minhas, foi fabricado pelo Sr. Vargas, á rua do Julião. Este distincto artista preparou um excellente dilatador de estanho, oco, de uma forma levemente recurvada, e mais ou menos conico.

A principio o dilatador era introduzido occasionando algumas dores ao paciente; porém não tardou que o proprio doente podesse fazer uso d'elle, sem que lhe causasse o menor incommodo,



Este moço tornou a apparecer em meu consultorio, ha poucos mezes, e a cura se tem mantido. Não tem mais ideias de suicidio, se acha bastante nutrido, apesar de se haver dado a longas viagens no interior como mascate.

No anno passado tive ainda um outro doente, que soffria de um estreitamento fistuloso, desde 1864. O aperto rectal era forte, e o estado geral pouco favoravel. A suppuração se fazia abundantemente, sahindo pus em abundancia de algumas fistulas, duas das quaes eram as principaes.

Este homem me procurou, e eu lhe propuz a operação que foi aceita.

O processo empregado foi o mesmo, e com a coadjuvação do meu collega o Sr. Dr. Affonso de Carvalho, praticamos um canal traumatico nas dimensões desejadas ainda com o lithotomo. Os resultados foram os mais favoraveis.

As dejecções se restabeleceram normalmente, e a suppuração desde o terceiro dia de operação se restringio de um modo notavel. Dentro em 8 dias uma das maiores fistulas cicatrizou.

O dilatador foi então empregado, não sendo, afinal, o resultado obtido inferior ao dos casos já mencionados.

### **Rectotomia linear**

A rectotomia linear, processo operatorio completamente novo, foi praticada em 1863, pela primeira vez, por Verneuil (1)

Ella consiste no emprego do esmagador de Chassaignac para fazer seccionar os estreitamentos, sobre tudo se elles são complicados de tracto fistuloso.

No caso de ser o estreitamento complicado de uma ou mais fistulas, deve-se preferir, para guiar a cadeia do esmagador, um dos tractos pathologicos mais proximo da linha mediana posterior, com tanto que vá elle abrir-se acima do ponto estreitado.

Isto que faz parte do exame explorador, é facil de reconhecer-se por meio de uma tenta canula ou de um estylete que conduz-se pelo canal fistuloso.

No caso contrario, quando não existe um ou mais tractos fistulosos, ou cada um dos tractos não offerece uma disposição que permita a passagem da cadeia do esmagador, então o operador praticará, na parte posterior do intestino e sobre a linha mediana, um tra-

---

(1) Chassaignac, que considera como seo tudo que diz respeito ao esmagamento linear, diz que o processo da rectotomia linear lhe pertence e não a Verneuil, distincto e illustrado operador.

jecto artificial por meio de um trocar curvo, cuja extremidade perforante deve sahir á alguns millimetros acima do ponto estreitado.

Se o estreitamento é mais accessivel para a parte posterior e as fistulas existem sobre os partes antero-lateraes, deve-se abandonal-as e praticar-se o tracto artificial, que deve dar passagem a cadeia do esmagador.

Eis pois, segundo Verneuil, como deve ser praticada a operação da rectotomia linear.

«O doente chloroformisado e occupando o decubito lateral, introduz-se no recto o indicador esquerdo, cuja phalange, dobrada em angulo recto exceda, e prenda o estreitamento. Feito isto, traz-se para baixo o estreitamento, e, á dous centimetros do vertice do coccyx, introduz-se um trocar atravez da pelle, vindo perforar o recto, sobre a polpa do index, á alguns millimetros acima do estreitamento.

Em seguida retira-se o trocar, fazendo-se passar na canula uma sonda fina, que se faz sahir pelo anus.

A canula retirada substitue-se a sonda pela cadeia do esmagador, praticando-se de hora em diante o mesmo que se praticaria com uma fistula ordinaria do anus».

Em uma observação por mim publicada na *Gazeta Medica* (n. 8, agosto de 1877) a operação da rectotomia linear, vem dividida em trez tempos:

1.º Incisão da pelle na linha ano-coccygiana, á 2 centimetros do vertice do coccyx, e introduccão do trocar até transfixar o intestino acima do estreitamento.

2.º Substituição da canula do trocar pela cadeia do esmagador, por meio de uma mola (1) de corda de relógio, o que torna mais facil este tempo da operação.

3.º Trabalho do esmagador em diversos tempos, com intervallos de 15 segundos, até a secção total dos tecidos inclusive o esphincter do anus.

A operação da rectotomia linear, uma das mais innocentes e de fa-

---

(1). Ao illustrado e muito habil operador o Sr. Dr. M. M. Pires Caldas é que deve-se o emprego da mola de relógio para dar passagem á cadeia do esmagador. Esta sua feliz ideia, sancionada pela pratica, tornou mais facil o 2.º tempo da operação.

cil execução, principalmente quando se a pratica bem e em tempo opportuno, offerece vantagens que se não encontram nas outras já por nós mencionadas e apreciadas.

Os casos de curas maravilhosas obtidas por este processo operativo, na Europa e entre nós, collocão-no acima de outro qualquer até hoje conhecido, e leva-nos a crêr o quanto é efficaz no tratamento definitivo das coarctações rectaes.

As observações que mais abaixo apresentamos de casos de estreitamentos do recto, recolhidas, quer na clinica hospitalar, quer na clinica civil de alguns illustrados cirurgiões, não deixão de ser interessantes sob o ponto de vista pratico.

*OBSERVAÇÃO I.—Estreitamento fibroso do recto, complicado de fistula ischio-rectal esquerda; rectotomia linear.*

Virginia Fausta, 40 annos, parda, solteira, da Bahia, livre, costureira, entrou no Hospital de Caridade á 24 de Dezembro de 1874, onde foi occupar um dos leitos pertencentes ao serviço clinico do Dr. M. M. Pires Caldas.

Ha sete annos soffre de estreitamento; as defecações começaram a fazer-se com muita difficuldade.

Não se accusa de molestias venereas e syphiliticas.

Nestes ultimos annos as suas dejecções erão com intervallos muitos longos, pelo que usava de purgantes repetidos. As fezes, quando não sahião por effeito purgativo vinhão com esforços extraordinarios e sob a fórma de pequenos cylindros curtos e finos, e as vezes achatadas.

Ha dous annos teve uma fistula; apparecerão depois alguns abscessos no perineo, que romperão-se e a fistula que parecia ir cicatrizando abriu-se ultimamente, deitando muito pus de cheiro fetido.

O exame revelava a existencia de uma fistula que se abria no recto, abaixo do ponto estreitado. A fistula correspondia á fossa ischio-rectal esquerda, porém muito perto da linha mediana.

A introdução do dedo denunciava a existência de um anel fibroso, duro, na altura da articulação da phalangea com a phalangeta, que apenas e com aperto podia ser transposto pela extremidade do dedo. O anel era seguido de certo endurecimento, para cima, na mucosa do recto; e tinha muito maior espessura na semi-circumferencia posterior ou correspondente á face anterior do sacrum. Abaixo da circumferencia annular, que não era muito regular, havia uma dilatação ou cloaca em que se abria a fistula e onde o dedo encontrava amplo espaço. O orificio interno da fistula abria-se a pouca distancia da abertura anal.

A operação praticou-se no dia 30.

A doente previamente examinada foi submettida á chloroformisação.

A operação praticou-se em trez tempos:

1.º Incisão na linha média ou ano-coccygiana, alargando o orificio externo da fistula. Introducção do trocart curvo e transfixão do intestino acima do anel.

2.º Saída do trocart e conservação da canula; passagem da mola prendendo a cadeia do esmagador.

3.º Trabalho do esmagador.

*Prescripções.*—Banhos e lavagens com agua phenicada, e fios na solução de continuidade para uso externo, e poção de aconito para uso interno.

Dia 31.—Pulso 120, temperatura 36,º 8. Tem tido dôres na ferida. Dorme bem. Não defecou depois da operação. Fizeram-se lavagens que ainda vêm tintas de sangue.

A' tarde—Pulso 130, temperatura 39,º.

Dia 1.º de janeiro.—Temperatura 37,º 1. Defecou pela primeira vez, hoje pela manhã. Não tem tido dôres. Falta de appetite. Dormio bem.

Dia 3.—Pulso 98, temperatura 37,º 1. Defecou uma vez sem a mínima difficuldade. Sente voltar-lhe o appetite.

Dia 3. Pulso 96, temperatura 37,º 8. Hontem á tarde teve um augmento ligeiro de calor. Abriu-se-lhe um pequeno abcesso ao lado da solução do esmagador. Não teve mais dôres. As lavagens trazem pouco pus.

Dia 8. Hontem á tarde sentiu algum calor. Hoje pulso 100, temperatura 37,º 7. Maior incommodo e ardor no anus e na ferida do esmagador.

Dia 9. Tem dormido bem e defeca regularmente.

Lavagens de manhã e á tarde; pulso 100, temperatura 37,º 9.

Dia 10. Ligeiras dôres. Tem conservado mechas na ferida; pulso 96.

Dia 11. Sentio hontem a tarde calor febril. Defecou, tendo tido antes alguns tenesmos que desapareceram com um banho de assento. As injeções sahem quasi limpas. Prescreveo-se-lhe aconito; temperatura 37,º 7.

Dia 12. Dorme e come bem. Pus da ferida quasi nenhum; as dôres no ventre e no anus desaparecerão; pulso 104, temperatura 38,º 2.

Dia 14 15 e 16. Nada de notavel.

Dia 17. *Exame do recto.* O processo de cicatrisação approximou um pouco os labios da incisão. Não ha mais o estreitamento que havia d'antes. O dedo percebe uma depressão linear que indica o trajecto do esmagador.

Dia 18. Nada de notavel.

Dia 19. A doente pedio alta; prometteu apparecer para ser examinada. Fez-se-lhe ver que não estava totalmente curada e que talvez se reproduzisse o estreitamento. Ella prometteo submeter-se a novo tratamento, caso fosse necessario.

Nunca mais appareceo.

OBSERVAÇÃO II. — *Estreitamento do recto, complicado de fistulas anaes; rectotomia pelo esmagador de Chassaignac; cura.*

Guilhermina Maria de Jesus, parda, solteira, costureira, 26 annos, entrou a 15 de Dezembro de 1874 para o serviço de clinica do Dr. Pires Caldas, no Hospital de Caridade.

Ha seis annos que só consegue defecar depois de fortissimos puxos. Pelos esforços que fazia, deitava sempre algum sangue. Antes e depois de contrahida a molestia que trouxe-a ao hospital, soffreo de cancos molles e bubões. Ha trez ou quatro annos apparecerão-lhe fistulas que ainda conserva.

*Exame do recto.* — Orificio anal dilatado; bordas inflammadas; pelle circumvisinha quasi ulcerada em alguns pontos.

Duas fistulas, uma completa e outra cega, existiam ao lado do anus na fossa ischio-rectal.

A fistula rectal tinha um pequeno trajecto e abria-se muito abaixo do estreitamento.

O estreitamento tinha uma altura de 6 centimetros seguros; não era muito consistente, pelo contrario um pouco molle e deixava passar a cabeça do index, dilatando-se um pouco.

Abaixo do ponto estreitado estava o recto um pouco dilatado.

Operação em 13 de janeiro.

Incisão da pelle na linha média ou ano-coceygiana. Chloroformisação demorada; a doente luctava. — Introducção do trocart. Difficuldade de transfixar o intestino trazido pela ponta do dedo. Receio de tocar o lado opposto. A chloroformisação não foi completa e a doente contrahia os musculos abdominaes, projectando para a bacia toda massa intestinal. Consegue-se felizmente a transfixão, passagem da cadeia e trabalho do esmagador. Em seguida pratica-se a abertura de um orificio para a fistula cega; passagem de uma outra cadeia.

Para apressar o trabalho do esmagador corta-se a pelle. Abre-se a bisturi a segunda fistula que tinha um pequeno trajecto.

Após a operação, fazem-se lavagens phenicadas e introducção de mechas. Nos dous dias seguintes manifesta-se um ligeiro movimento febril que desaparece sem medicação alguma.

Durante a cicatrisação das feridas a doente não apresenta nada de notavel. O seo estado geral foi melhorando; as dejeções fazendo-se

regularmente até que, em março de 1874, obteve alta. Pode-se dizer que esta doente sahio completamente curada.

**OBSERVAÇÃO III.**—*Estreitamento fibroso simples; rectotomia linear pelo esmagador de Chassaignac.* (Particular)

Esta nossa observação versa sobre uma doente da clinica civil do Dr. Pires Caldas, por elle operada e cujo tratamento posterior me foi confiado.

Trata-se de uma mulher de 25 annos de idade, costureira, natural da Bahia, debil constituição e temperamento nervoso.

Da narração de sua molestia obtive o seguinte:

Que á sete annos, pouco mais ou menos, sente grande difficuldade nas defecações, sempre precedidas e acompanhadas de esforços consideraveis e dores intensas, apesar dos repetidos purgativos de que fazia uso.

Ultimamente apresentando-se um corrimento de pus e récrudescendo a molestia, a ponto das fezes serem retidas por mais de 3 dias com excessivas dores, vio-se obrigada á recorrer ao medico, o que nunca fizera até aquella data.

Finalmente accrescenta nunca ter soffrido de molestias venereas e syphiliticas.

Passando á examinal-a reconheci haver, á 6 centimetros acima do anus, um aperto consideravel do recto:

Este aperto, duro, resistente e de forma circular não cedia, apesar da força empregada, a passagem do dedo indicador direito que ficava engasgado no ponto correspondente á articulação da 1.<sup>a</sup> com a 2.<sup>a</sup> phalange. A existencia de um completo annel fibroso fazia-se sentir sem grande custo.

Alem do annel a extremidade do dedo poudo perceber o endurecimento da mucosa, mais accentuado para a parede posterior do recto que achava-se em alguns dos seus pontos ulcerada.

Com a sahida do dedo verifiquei a presença de um liquido purulento misturado a sangue, do que conclui o estado de ulceração da mucosa.

A operação da rectotomia externa, pelo esmagador de Chassaignac, nesta doente não deo o resultado desejado.

Se bem que presentemente as defecações se deem com facilidade, sem que a intervenção de esforços extraordinarios seja preciso, todavia a existencia do corrimento de pus, rariissimas vezes misturado a sangue, ainda manifesta-se, o que muito incommoda a doente e fal-a suspeitar da incurabilidade de sua molestia.

A operação teve logar á 25 de novembro de 1876.

**OBSERVAÇÃO IV.**—*Estreitamento fibroso do recto; roctotomia pelo esmagador de Chassaignac; cura.* (1)

Alexandrina do Amor Divino, parda, costureira, de 22 annos de idade, boa

(1) Observação publicada pelo author no n.º 8 da *Gazeta Medica da Bahia*, Agosto de 1877..



constituição, recolheu-se ao Hospital de Caridade em 1 de junho de 1875, onde foi occupar o leito n. 79 da enfermaria da Assumpção.

O estado geral desta doente era satisfactorio.

Diz soffrer á trez annos da molestia que a trouxe ao hospital.

O exame rectal revelou a existencia de um anel ou diaphragma fibroso, duro e resistente, cuja abertura não deixava passar senão a phalangeta e parte da phalange do indicador direito, tendo por séde a porção do recto situada á 8 centimetros de distancia do orificio anal.

Este anel fibroso que oppunha-se ao curso normal das fezes, apresentava alguma regularidade na sua parte livre e era aspero e desigual na parte adherente.

O adiantado endurecimento por que havia passado, dando-lhe a resistencia facilmente sentida pelo dedo do observador, propagára-se até os tecidos circumvisinhos, invadindo de preferencia a parte rectal posterior, onde era mais accentuado, e na extensão de 30 millimetros pouco mais ou menos.

Alem do endurecimento de que fallamos, via-se que, para a parte superior do anel, uma grande dilatação do recto tivera logar pelo accumulo de materias excrementicias ahi contidas. Uma cloaca ou reservatorio ahi se formára, porque as fezes privadas de seguirem o curso normal pela presença de um obstaculo tão poderoso, pouco e pouco se vão accumulando; e desde que toda a quantidade ahi contida não podesse superar esse obstaculo, apesar das repenidas e extraordinarias contrações musculares no acto da defecação, resultaria, como resultou, a dilatação d'essa parte, attentas as condições de estrutura e natureza dos tecidos. A doente é submettida a operação.

Terminada esta que foi praticada pelo distincto e illustrado operador o Sr. Dr. Moura, passou-se á examinar a porção do recto, séde do estreitamento e notou-se que não só este como a parede posterior do intestino foram comprehendidos em toda a espessura por uma incisão linear, cuja direcção era de cima para baixo.

Com o esmagamento dos tecidos, nos quaes, como sabe-se, vão destruir alguns vasos importantés, não deixou de haver uma pequena perda de sangue.

O curativo, no presente caso, limitou-se ao acção das partes. Injecções phenicadas, no intuito de prevenir algum accidente septicemico e ao mesmo tempo de favorecer a marcha da cicatrização, foram feitas duas vezes ao dia e por muito tempo.

Com o emprego d'essas injecções, das quaes sempre fizeram parte o alchool e o acido phenico cristalizado, a ferida foi cicatrizando, porém não de todo, quando a doente retirou-se do hospital.

Na tarde do dia da operação a doente achava-se sob a influencia de dores muito fortes e estas localizadas na ferida. O pulso subia a 95 pulsações por minuto e a temperatura a 38,° 5.



Prescreveo-se-lhe, para uso interno, as seguintes formulas:

R.—Sulfato de quinina..... 4 grammas  
Agua distillada..... 375 »  
Acido sulfurico..... q s.

Dissolva e mande.—Para tomar duas colheres de sopa, uma pela manhã e outra á tarde.

Item.—Infusão de tilia..... 500 grammas.

Mande.—Para tomar aos calices.

Do dia 19 até o dia 27 a doente usou do aconito e no dia 28 da infusão de senne tratarrisada, sendo esta para produzir effeito purgativo e aquelle para provocar a transpiração,

O estado da ferida durante o periodo da cicatrisação foi mais ou menos satisfactorio.

Algun tempo depois, a doente foi victima de uma febre de typo intermitente que de prompto cedeo com o uso da seguinte formula;

R.—Sulfato de quinina..... 15 centigrammas  
Extracto de quina..... 10 »  
« « genciana..... 5 »

F. s. a 1 pilula e mande mais 17.

Para tomar 2 por dia.

Em uso d'esta formula por espaço de 9 dias a doente sentio melhoras assaz consideraveis e a febre foi debellada.

Dessa epocha em diante as forças do organismo que achavam-se abatidas se forão restabelecendo, até que finalmente a doente retirou-se do hospital.

Em Dezembro do anno de 1876, passando pelo Maciel de Baixo, freguezia da Sé, deparei com a doente, que faz o assumpto d'esta observação, em uma loja, e perguntando-lhe se já estava de todo restabelecida, affirmou-me que sim, sem que todavia me fosse possivel submettel-a á exame.

**OBSERVAÇÃO V.—Estreitamento fibroso do recto, complicado de fistulas perineo-escrotaes e perineaes; rectotomia pela incisão linear.**

F. Baraúna, branco, casado, pintor, 35 annos, natural da Bahia, temperamento lymphatico e constituição fraca (diz soffrer) á cinco annos, de estreitamento do recto, sendo precedido de adenites venereos e de molestias syphiliticas.

Pela simples inspecção nota-se a existencia de duas grandes fistulas perianaes, sendo uma lateral e outra posterior. A' estas fistulas se vão abrir outros pequenos tractos fistulosos. No perineo encontra-se uma fistula que dirige o estyete até chegar na parede rectal posterior. No escroto encontrão-se seis aberturas fistulosas sendo uma no rapheo medio. O estyete introduzido não segue a linha média, mas sim dirige-se para a parte posterior e lateral do recto; as fistulas pequenas não se communicão directamente com as grandes.

Por uma das fistulas grandes introduz-se um trocar para dirigir a cadeia do esmagador, e pela outra um segundo trocar para dar passagem a cadeia de um outro esmagador. A porção cutanea comprehendida entre uma e outra cadeia é incisada, bem como uma fistula completa da margem do anus.

O trabalho dos esmagadores fez-se ao mesmo tempo e sem interrupção, não deixando o doente de accusar dores que se prolongarão até os quatro primeiros dias da operação. Depois de decorridos 20 e tantos dias da operação, praticada pelo Sr. Dr. Pires Caldas, o doente foi sentindo melhoras consideraveis. As dejecções se fazem sem difficuldades, mas exigem algum esforço. O corrimento de pus, que d'antes existia, ainda manifesta-se. As fistulas foram desaparecendo e no espaço de dois mezes apenas existia um pequeno tracto fistuloso que succedeo ao da fistula do rapheo medio do escroto.

Presentemente não temos mais noticia d'este doente.

**OBSERVAÇÃO VI.**—*Estreitamento fibroso do recto, de origem provavelmente syphilitica; rectotomia externa pelo esmagador de Chassaignac; cura.*

Maria Catharina de Jesus, 30 annos, creoula, servente, natural da Bahia, debil constituição e temperamento lymphatico, recolhe-se ao Hospital de Caridade em 12 de Dezembro de 1876.

Distribuida ao serviço clinico do Dr. Maia Bittencourt, onde vae tratar-se de uma colite e leucorrhéa, é depois passada para a clinica do Dr. Caldas, visto soffrer de um estreitamento do recto.

Antes de apresentar-se o estreitamento, diz ter soffrido por trez vezes de abscessos, bem como de molestias venereas e syphiliticas.

Presentemente accusa-se de desordens nas defecações, em geral difficeis e dolorosissimas.

O exame do habito externo revela um ligeiro engorgitamento dos ganglios cêrvicaes e inguinaes e manchas cor de cobre, em diversos pontos dos membros thoracicos e abdominaes.

O toque digital denuncia a existencia de um anel constrictor que dista 4 centimetros do anus.

A mucosa rectal é desigual e ulcerada em pequena extensão, e pelo anus sahê um liquido sero-purulento que mancha os pannos do leito e a propria roupa da doente.

No dia 16 de Fevereiro, depois de melhorado o estado geral da doente, o Sr. Dr. Caldas pratica a operação da rectotomia linear, que durou 15 minutos.

Na tarde d'este dia a doente tem febre e accusa dores na ferida.

Prescreve-se-lhe uma poção de aconito.

Dia 18—O mesmo estado; repetição da poção.

Dia 19. Cessação da febre; estado geral animador; continuação das injeções phenicadas, feitas depois da operação e emprego da mecha. Pela ferida sahe um liquido purulento; por não defecar até esta data toma um purgante de citrato de magnezia.

Dia 21. A doente detecour; sente-se melhorada das dores; as dejeções são um pouco dolorosas pela passagem das fezes pela ferida.

Desta data em diante não apresenta a menor novidade; a ferida vai cicatrizando; a suppuração é diminuta; o pulso é normal e as digestões se fazem regularmente.

No dia 15 de Abril a doente tem alta e é julgada curada; n'esta epocha o seo estado geral é outro; não ha mais corrimento de pus, e as dejeções fazem-se regular e livremente.

Em Setembro do presente anno esta doente procura de novo o hospital para tratar-se de uns pequenos tumores que tinham por séde a região glutea esquerda e a região anterior do antebraço direito.

O Sr. Dr. Caldas faz a extirpação dos tumores e a doente restabelece-se. Antes de retirar-se do hospital, procedemos á exame, e pelo toque rectal reconhecemos que o calibre do recto era quasi normal; não havia traços ou vestigio de anel fibroso, notando-se apenas a cicatriz da ferida produzida pelo esmagador, cuja séde era a parede rectal posterior. A doente, pois, está radicalmente curada.

Além d'estes casos de observação propria, temos noticia de alguns outros operados pelo esmagador de Chassaignac, como sejam de 3 pertencentes á clinica civil do distincto e habil operador o Sr. Barão de Itapoan, e de 1 do Sr. Dr. Braga, lente substituto da secção cirurgica de nossa Faculdade de Medicina.

Convém notar que a operação da rectotomia linear, na cura dos estreitamentos do recto, offerece vantagens superiores á qualquer dos outros processos até hoje conhecidos.

Estas vantagens de que já demos noticia, na publicação de um caso de estreitamento fibroso do recto, (veja-se o n.º 8 da *Gazeta Medica* 1877) são as seguintes:

1.º *Ausencia de hemorrhagia em uma parte vascularisada como o recto.*

2.º *Afastamento dos bordos da ferida até a sua completa cicatrização, sem o emprego da mecha indicado por alguns auctores.*

3.º Uma solução de continuidade com perda de substancia e consequentemente a ausencia ou impossibilidade de adhesão dos bordos da ferida.

4.º Igualdade e uniformidade em toda a extensão da lesão dos tecidos, desde o anel ou diaphragma fibroso, até o esphincter externo do anus.

5.º Finalmente, a facil e segura applicação d'este instrumento nos estreitamentos rectaes, situados em um ponto mais elevado.

*Rectotomia pelo enterotomo de Richet.*—Ao lado do processo da rectotomia externa, pelo esmagador de Chassaignac, vem disputar a primazia, senão iguaes vantagens, o da rectotomia pelo enterotomo de Richet, devido ao Sr. Dr. Pires Caldas e por elle muitas vezes empregado com feliz exito.

E' de 1875 que data o seo processo.

O digno cirurgião brasileiro, por analogia a operação das fistulas pelvi-rectaes superiores, empregou pela primeira vez o enterotomo de Richet, em um caso de estreitamento, com o mais lisongeiro resultado.

Depois d'elle, o muito habil e illustrado lente substituto da secção cirurgica desta Faculdade, Dr. Pacifico Pereira, empregou o mesmo processo, cujos resultados podem ser avaliados pelas seguintes observações:

*OBSERVAÇÃO I.—Estreitamento fibroso do recto, de fôrma circular; rectotomia pelo enterotomo de Dupuytren; cura. (Particular.) (1)*

O Sr. F., de 35 á 40 annos de idade, magro, anemico, de temperamento lymphatico, soffrera outr'ora de molestias venereas, das quaes diz ter se curado completamente, passando muitos annos com saúde regular.

Ha poucos annos começara a soffrer difficuldade na defecação, que foi augmentando gradualmente, e de algum tempo para cá dysuria que cada vez mais se tinha aggravado.

Alem de difficil, a defecação era sempre dolorosa, e precedida de muitos tenesmos, e as fezes achatadas.

Pelo toque rectal achava-se, cerca de 4 centimetros acima do anus, um estreitamento duro, calloso, circular, com uma pequena abertura para o lado direito e posterior, onde difficilmente podia penetrar a extremidade do index.

---

(1) Esta observação nos foi dada pelo Sr. Dr. Pacifico Pereira.

Vi este doente pela primeira vez em conferencia com o meo estimavel collega o Sr. Dr. Americo Vespucio no dia 23 de maio de 1876, e aconselhei a rectotomia para a cura do estreitamento, seguindo a modificação d'um processo em cuja pratica ajudára algumas vezes o distincto operador Dr. Pires Caldas. Este collega, fazia, em casos de estreitamento do recto, a rectotomia com o enterotomo de Richet, seguindo o processo empregado por este nas fistulas pelvi-rectaes superiores, fazendo previamente com o bisturi e a tenta canula uma fistula desta natureza, parallela á parede posterior do recto, de modo que pudesse por ella ser introduzido o ramo do enterotomo, até poder-se com a extremidade do dedo introduzida no recto, sentir acima do estreitamento e atravez da parede intestinal a ponta desse ramo do instrumento. Em tudo mais, era seguido o processo de Richet para as fistulas pelvi-rectaes superiores.

Segui o mesmo processo, preferindo porém, ao enterotomo de Richet, o de Dupuytren fabricado por Collin, que não tem os ramos parallelos em toda a extensão, e na parte inferior dos ramos deixão estes entre si uma abertura ovalar, na qual fica comprehendido o esphincter externo, que não soffre portanto o esmagamento linear, como a porção do recto que lhe fica acima, comprehendida entre as porções parallelas dos ramos do instrumento.

O esmagamento se exerce então sobre todo o estreitamento, e pela divisão deste a fistula pelvi-rectal superior, cega, feita *ad hoc*, se transforma n'uma fistula inferior, completa, cujo orificio interno fica muito proximo ao anus.

Não receiava que a falta de divisão do esphincter pudesse concorrer para a retenção dos productos excrementicios e septicos, irritação da ferida e septicemia consecutiva, porque os ramos do enterotomo, um no canal fistuloso, outro dentro do recto, conservão abertos os canaes d'esgoto para a sahida destes productos.

De facto a reacção foi muito ligeira; fazião-se diariamente 3 á 4 injeções no recto, com uma solução brandamente phenicada (1:300). No fim de 5 dias o estreitamento estava completamente dividido, e o enterotomo, preso somente pelo segmento inferior do recto não dividido e porção anal, comprehendidos no afastamento ovalar dos ramos.

Retirei então o instrumento e operei por incisão a fistula que restava, como uma fistula anal completa.

Meo collega o Sr. Dr. Americo Vespucio, que por obsequio convidou-me para ensaiar neste doente o processo, cuja descripção succinta acabo de dar, continuou a assistil-o, e examinando depois de alguns dias a ferida, queixou-se o doente que nos esforços que fazia para urinar, pela difficuldade devida ao estreitamento da urethra, tinha já notado que sahia-lhe pelo anus alguma urina, e continuava a exsudar ainda por algum tempo.

Examinando conjunctamente o doente verificamos que sahia realmente urina que gottejava da parede anterior do recto, ao nivel do estreitamento e devia provir de uma fistula urinaria, cujo orificio urethral era acima do estreitamento da urethra, e d'ahi seguia até o recto, abrindo-se ao nivel do estreitamento rectal, por um orificio que não podemos descobrir.

Parece-nos provavel que a urethrotomia interna, abrindo passagem franca á urina pelo canal da urethra, permittisse a cicatrização espontanea d'esta fistula, pelo que o meo collega Dr. Americo Vespucio praticou a urethrotomia interna, 15 dias depois da rectotomia.

O restabelecimento era completo no fim de 30 dias; a fistula urinaria fechou-se espontaneamente depois da urethrotomia; e nem no curso do tratamento, nem depois d'elle houve incontinência de fezes.

Esta vantagem do processo me parece devida em grande parte ao não esmagamento do esphincter do anus; e o esmagamento lento e prolongado, que é tão doloroso com o enterotomo de Richet, e provoca tenesmos tão afflictivos, parece muito mais supportavel com o instrumento e o processo empregado na operação que descrevo.

**OBSERVAÇÃO II.**—*Estreitamento fibroso do recto; rectotomia pelo enterotomo de Richet.*

Anna J. de Souza Lima, branca, solteira, de 30 annos de idade, costureira natural da Bahia, recolheo-se ao Hospital de Caridade em 8 de Abril de 1876, onde occupou um dos leitos pertencentes ao serviço clinico do Sr. Dr. Pires Caldas.

Diz ter levado uma quêda, em Junho de 1875. Oito dias depois, formou-se um abscesso que por si mesmo arrebentou, sendo muito abundante a suppuração que durou 3 mezes, pelo que levou de cama todo esse tempo.

Desde então principiou a sentir dôres em toda a região pelviana e grande difficuldade nas dejecções.

Uma constipação habitual e rebelde ao tratamento, que consistio no emprego de purgativos, manifestou-se, principalmente quando cosia por muito tempo.

O toque rectal denuncia um estreitamento situado á 3 centimetros acima do anus.

O Sr. Dr. Pires Caldas faz a applicação do enterotomo de Richet, como si tratasse-se de um caso de fistulas pelvi-rectaes superiores. A extremidade superior do instrumento abrange o estreitamento e vai 1 centimetro além.

A's 3 horas da tarde a doente apresenta-pulso 120; temperatura 38°, 1.

Retenção de ourina. Catheterismo para dar sahida a ourina. Na manhã do dia seguinte não havia mais febre, porém na tarde deste mesmo dia voltou.

No dia 10 de Abril prescreveo-se:

**R.**—Laudano de Sydenham..... 10 gottas

Para tomar á noite em um calice de agua.

Com o emprego d'esta formula as dôres que sentia a doente forão diminuindo e a insomnia de que era victima foi combatida.

No dia 11 aperta-se um pouco os ramos do enterotomo e repete-se a formula do dia antecedente.

Dia 12.—Ainda apertão-se os ramos do enterotomo e a doente faz uso da seguinte formula:

R.—Extracto alcoolico de aconito..... 20 centigrammas.

Agua distillada..... 180 grammas.

Para tomar uma colher de 2 em 2 horas.

No dia 16 cahe o enterotomo e o anel fibroso é em parte destruido.

Dia 18. Febre e insomnia. Prescripção:

R.—Decocto de cevada..... 500 grammas

Para tomar aos calices.

R.—Sulfato de quínina..... 20 centigrammas

Extracto gommoso de opio..... 15 milligrammas

Conserva de rosas..... q. s.

F. s. a 1 pilula e mande mais 17.

Para tomar 3 por dia.

Dia 30. Desappareceo a febre e a doente mostra-se mais animada.

Maior 3: Dôres na ferida, e no ventre.

Para combater as dôres do ventre, prescreveo-se:

R.—Lenimento volatil camphorado..... 30 grammas

Essencia de therebentina..... 8 »

Para uso externo.

Dia 8. Por não defecar desde o dia 5 a doente tomou:

R.—Solução de citrato de magnesia..... 500 grammas

Dia 16. A ferida está cicatrisada. Passão-se sondas rectas, cuja introdução é facil.

N'esta epocha appareceo-lhe o fluxo menstrual, que por ser abundantissimo e durar por mais de 8 dias applicou-se pilulas de ergotina, para tomar 2 por dia.

Esta doente retirou-se no dia 30 de Maio do hospital e o seu estado geral era satisfactorio. Ella sahio muito melhorada.

**OBSERVAÇÃO III.**—*Estreitamento fibroso do recto; rectotomia pelo enterotomo de Richet; cura.*

Fortunata, parda, 25 annos de idade, mendiga, natural da Bahia, vai oc-



cupar um dos leitos do serviço clínico do Sr. Dr. Pires Caldas, no Hospital de Caridade, em Junho de 1875.

Nada se pode saber acerca da historia progressa dos padecimentos d'esta doente que, além de paralytica, é idiota.

Actualmente acha-se melhorada de uma leucorrhéa que motivou a sua entrada no Hospital.

Sobre a nadega direita apresenta uma fistula cega externa, dirigindo-se para cima e para dentro; na direcção do intestino.

Não querendo empregar o esmagador, por ser lateral a fistula, resolveo o Sr. Dr. Pires Caldas fazer a applicação do enterotomo de Richet, o que effectivamente fez em 13 de Junho.

Depois de augmentado o orificio da fistula faz, passar um ramo do enterotomo, até sentil-o acima do estreitamento, que forma um anel bastante alto e resistente no intestino.

O outro ramo é passado pelo recto, sendo depois o instrumento convenientemente apertado.

A doente soffre a operação sem ser chloroformisada e não dá um só gemido.

A tarde sente dores na ferida e á noite sobrevém febre. Poucas horas dorme.

Dia 16. Febre. Continuação as dores.

Dia 17. Febre. Continuação as dores. O orificio da fistula é maior. O seo tecido apresenta uma coloração violacea. Retenção de ourinas desde a tarde.

Dia 18. Febre. Diminuem as dores. Pus na ferida e no intestino. O enterotomo está completamente apertado. Catheterismo da bexiga. Grande quantidade de urina extrahida. Na noite de 19 para 20 cahe o enterotomo. As dores são insignificantes. Pus e materias fecaes liquidas correm pela abertura feita pelo instrumento. A doente está um pouco mais animada. O estado geral é bom.

Julho 1. Corre bastante pus da ferida. Incontinencia de materias fecaes. Principio de cicatrização da ferida, que vem da parte posterior da abertura e dirige-se para as paredes rectaes.

Julho 10. Passagem de duas sondas rectaes de pequeno calibre, sendo o catheterismo sem dores.

Julho 15. Continuação do catheterismo com sondas de igual calibre das do dia 10. A ferida está quasi cicatrizada. A doente não tem mais febre.

O ane<sup>r</sup>rectal preexistente apenas denuncia-se por um insignificante relevo sentido pelo index. As dejectões são facéis e sem dores.

A doente demora-se por algum tempo no Hospital e até a data de sua sahida, não sobrevém accidente algum. Ella sahe curada.

Este novo processo da rectotomia, pelo enterotomo de Richet, se de um lado apresenta vantagens, quaes sejam as do seo emprego nos estreitamentos elevados, a falta de hemorrhagia, a secção completa e ampla, não só do estreitamento, como da porção intestinal situada

abaixo, e a não secção do esphincter; de outro lado tem seos inconvenientes.

As dôres continuas intensas e duradouras por ella causadas; a posição forçada e incommoda que exige do paciente até a quêda do instrumento, que geralmente tem logar no 6.º dia e a difficuldade ou impossibilidade na defecação durante esse tempo, tudo isto faz que o seo emprego seja muito limitado, sinão que abandonado.

Attendendo para estas e outras razões, apesar dos resultados de curas obtidas, o Sr. Dr. Caldas tem quasi que o deixado, empregando-o somente em certos e determinados casos.

### **Extirpação**

A ablação da extremidade inferior do recto, feita pela primeira vez por Faget em 1729, foi praticada em 1826 por Lisfranc, que vio n'ella uma das mais bellas conquistas da cirurgia.

Era nos casos de cancos da extremidade intestinal inferior, que este cirurgião recorria á esse processo, considerado por Morgagni como de uma pratica barbara.

Os successos obtidos por Lisfranc fizeram que esse processo operatorio fosse tambem applicado aos estreitamentos fibrosos, acompanhados de graves desordens funcionaes e impossiveis de ser combatidos pela dilatação.

Mas hoje, a extirpação da extremidade inferior do recto, só é indicada nos casos de cancos d'este orgão.

Para que se possa pratical-a, trez condições são indispensaveis:

- 1.º—Situação do aperto intestinal abaixo do *cul-de-sac* peritoneal.
- 2.º—Que o dedo indicador possa exceder os limites superiores do tumor.
- 3.º—Estado physiologico do tecido cellular que cerca o estreitamento, condição essencial para que o intestino possa ser abaixado durante as manobras operatorias.

Além d'estas condições, Pinault accrescenta uma outra que diz respeito a idade do individuo e ao seo estado geral.

Para elle o individuo a operar não deve ser velho, nem muito enfraquecido.

A operação da extirpação, apesar de ser longa, laboriosa e arriscada, pode curar radicalmente sem inconvenientes ulteriores.

O meio mais facil e prompto de ser posta em pratica é o bisturi, podendo seguir-se o processo de Lisfranc, de Velpeau, ou o de Denonvilliers.

Mas hoje, em vista dos progressos que tem feito a cirurgia, o operador dispõe de outros meios muito superiores ao bisturi, não só pelos effeitos produzidos, mas ainda pelo alcance pratico.

Estes meios são:

A ligadura lenta (methodo de Recamier); o esmagamento linear (methodo de Chassaignac); a ligadura extemporanea (methodo de Maisonneuve); e a galvano—caustia combinada com o esmagamento linear (methodo de Verneuil).

As estatisticas relativas á extirpação da extremidade inferior do recto são mui favoraveis e animadoras.

Tratanto d'este assumpto, Merchand (1) assim expressa-se:

«A extirpação do recto, praticada com as precauções requeridas, nos casos de cancos, não é uma operação muito grave e dá resultados satisfactorios, quando se tem podido—*enlever tout le mal.*»

«Ella não deve ser applicada aos estreitamentos senão nos casos inteiramente excepcionaes».

### **Anus artificial**

A ideia de estabelecer ou crear um anus artificial nos casos de estreitamentos do recto pertence a Littre, que concebeo-a em 1740, e segundo outros a Dumas, professor da Eschola de Montpellier.

A principio combatida por alguns cirurgiões, esta ideia é aceita e introduzida na pratica, e, em 1770, Pillore, de Rouen, pratica a operação do anus artificial sobre o cæco.

Depois d'elle, Antoine Dubois e Duret, de Brest, em 1793; Fine, de Genève em 1797; Mortland em 1814; Fréer de Birmingham em 1817; e Pring em 1820.

Na Inglaterra a colotomia encontrou numerosos partidarios, e hoje, sobretudo lá, é praticada nos casos de coarctações rectaes muito altas, em que os doentes apresentam symptomas de obstrucção completa.

---

(1) Hayem—Revista das Sciencias Medicas.—Tom. II. Pag. 436, anno de 1873.

Esta operação, si pratica-se na região inguinal esquerda, recebe o nome de *colotomia inguinal*; e na região lombar o nome de *colotomia lombar*.

Para pratical-a ficará *ad libitum* do operador seguir o methodo de Littre ou o de Callisen.

Seja qual fôr o methodo abraçado pelo operador, a operação do colotomia é apenas um meio palliativo dos estreitamentos rectaes; ella não tem acção alguma sobre o proprio obstaculo.

Além de ser uma operação assaz difficil e perigosa, apezar das estatisticas de Allingham, de Curling, de Christophe Heath e outros, ella nunca produz a cura radical dos estreitamentos, quando muito prolonga a vida dos doentes, dando uma outra sahida, que não a natural, aos productos da defecação.

Em uma estatistica composta de 9 casos de estreitamentos rectaes em mulheres, apresentada por Christophe Heath, a operação da colotomia deo os resultados seguintes:

Em 2 casos de estreitamentos cancerosos sobreveio a morte; em 3 de schirro, antes de manifestar-se o estreitamento, 2 curarão-se e um sobreviveo a operação 7 mezes; em 2 de estreitamentos syphiliticos ulcerados seguio-se a cura, enquanto que em um terceiro com fistulas a morte sobreveio.

Assim em 9 casos, 4 forão terminados pela morte e 5 pela cura immediata (1).

### Conclusões

Sob o ponto de vista therapeutico os estreitamentos do recto são considerados como incuraveis, quando teem chegado a certo gráo de adiantamento, quer elles sejam de natureza fibrosa, quer sejam de natureza cancerosa.

No caso contrario são julgados curaveis.

Nos estreitamentos fibrosos simples ou complicados, quando a dilatação auxiliada pelas incisões internas são sem effeito ou contra-in-

---

(1) Extrahido do Diccionario Annual dos progressos das Sciencias e Instituições Medicas—Pag. 144 anno de 1874..

dicadas, é a rectotomia linear o melhor methodo a empregar-se. Este processo offerece, como o da galvano-caustia a vantagem de ao mesmo tempo debellar o estreitamento, sobre tudo se elle é muito alto, e as fistulas, caso ellas existão.

Nos estreitamentos de natureza cancerosa, situados perto do anus, a extirpação da extremidade inferior do recto pelo esmagador de Chassaignac combinado com o galvano-caustico, é o melhor ou talvez o unico meio capaz de debellar.

A rectotomia pelo enterotomo, de Richet, tendo indicação em quasi todos os casos de estreitamentos do recto, é um meio seguro e de prompta applicação, podendo substituir o methodo da incisão linear pelo esmagador de Chassaignac.

A cura obtida por este processo é immediata e sem accidentes.

A dilatação forçada e a cauterisação devem ser eliminadas da pratica. Ordinariamente são perigosas e de effeitos duvidosos.

A colotomia só deve ser praticada nos casos de obstrucção completa, quando a vida do doente estiver em imminente perigo.

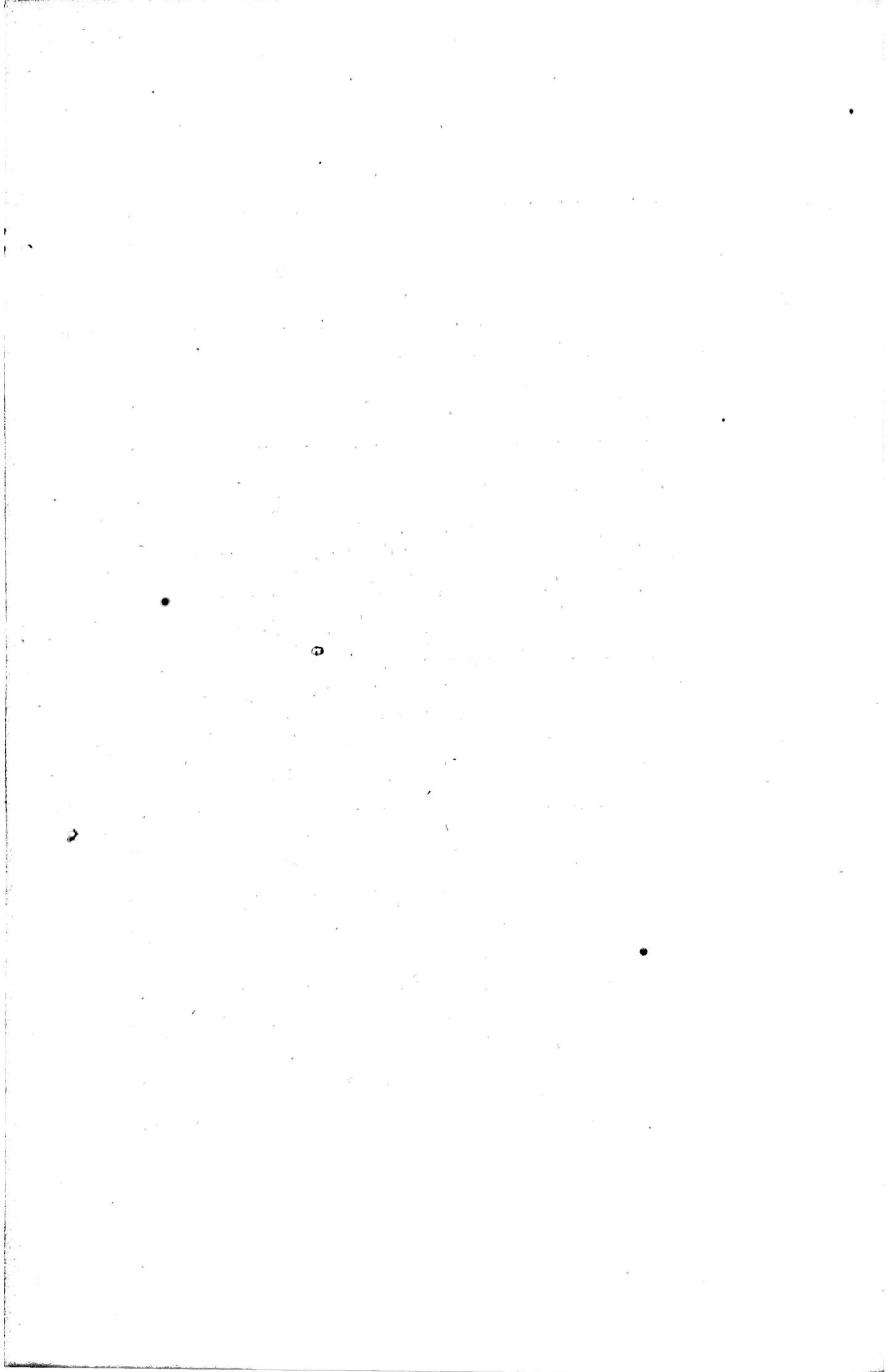
Além de ser uma operação difficil, grave e perigosa, é assaz incommoda ao doente quando bem succedida, por isso que dá uma sahida, que não a natural, aos productos da defecação.

A rectotomia de Verneuil, a rectotomia de Panas, a rectotomia pelo galvano-caustico e a dilatação auxiliada pelas incisões internas devem, de preferencia á qualquer outro processo, ser empregadas.

Quando não tragão a cura definitiva ao doente, ao menos prestão relevantes serviços, quaes sejam *melhoras mui consideraveis e compatíveis com uma saude satisfactoria.*

Aqui terminamos o nosso trabalho, cujo merito, se é que o tem, não é mais do que o reflexo das lições recebidas dos nossos dignos e illustrados mestres.





## **PROPOSIÇÕES:**







VIII

Actualmente, o laudano de Rousseau é o unico destes preparados em que é empregado o processo da fermentação, si é que se pode considerá-lo, como um verdadeiro vinho.

IX

De todos os processos, é o da maceração o melhor e mais usado.

X

A agua e o alcool são os principaes agentes de dissolução dos vinhos.

XI

A agua dissolve tão somente as substancias salinas, gommosas e extractivas.

XII

Graças a acção do alcool, é que dissolvem-se os principios oleosos e resinosos.

---

# SECÇÃO CIRURGICA

---

## Do galvano-caustico e suas applicações

### I

Foi Davy que fundado em leis physicas levou ao mundo cirurgico o emprego do *galvano-caustico*.

### II

Este maravilhoso instrumento, de tão util emprego na cirurgia, compõe-se de 3 partes distinctas—a *pilha*, o *cabo intermedio* e o *cauterio*.

### III

De todas as pilhas a que mais vantagens offerece é a de Grenet.

### IV

Do cauterio as fórmãs mais empregadas são—o *laço galvanico*, a *faca*, o *bisturi* e o *cauterio olixar*.

### V

A hemostasia, a agilidade de acção e a diminuição da dôr pela formação de uma eschara protectora, dão á este methodo operatorio toda preferencia que ao bisturi, esmagador etc.

### VI

Na ablação dos tumores malignos, a applicação do galvano-caustico preenche um duplo fim.

### VII

Todas as vezes que for possivel limitar-se a acção do cauterio e

proibir-se o seu contacto com o intestino, o emprego do galvano-caustico nos estreitamentos rectaes é util e proveitoso.

### VIII

Nas fistulas anaes, períneo-escrotaes e nos abscessos superficiaes e pouco profundos, o galvano-caustico presta relevantes serviços.

### IX

A operação da phimosis e a amputação do pe nís pelo laço caustico, são de facil rapidez e de bom exito.

### X

Nos tumores situados sobre o trajecto de um vaso, ou de um nervo importante, o emprego do galvano-caustico é arriscado.

### XI

A inflammação local e a febre traumatica que em geral manifestão-se após as operações, são menos intensas nas operações pelo galvano-caustico, do que por outro qualquer processo cirurgico.

### XII

A secção do pediculo, na ovariectomia, pelo galvano-caustico, si bem que possa ser feita, todavia exige a maior cautela por parte do operador. Ella é arriscada e temeraria.

---

# SECÇÃO MEDICA

---

## **Qual o melhor tratamento da febre amarella?**

### **I**

Apezar dos serios e rígorosos estudos até hoje feitos, o tratamento da febre amarella sobre a causa que a produz, é ainda impossivel.

### **II**

E' pela medicação symptomatica que o medico chega, as mais das vezes, salvar a vida do doente.

### **III**

Os purgativos, especialmente o oleo de ricino, e os diaphoreticos teem alto valor pratico.

### **IV**

A applicação de clysteres em que entrão o succo de certas plantas, como o da folha de bicho e do gerebão (hiervas nossas) podem trazer vantagens para o doente.

### **V**

Os sinapismos pela propriedade que gozão podem ser aproveitados.

### **VI**

As limonadas acidulas, como a chlorhydrica, a tinctura de perchlorureto de ferro, a agua de Rabel e a ergotina, são administradas e com grandes vantagens, nos casos de hemorrhagia.

### **VII**

Os acidos phenico e salicylico teem sido empregados, entre nós, com resultados satisfactorios.

VIII

O sulfato de quina só acha applicação quando existir de concomitancia com a febre amarella o elemento palustre.

IX

N'estes casos o emprego d'esta substancia é racional e proveitoso. Diante da observação e da pratica as sangrias devem ser abolidas. A tendência á hemorrhagias e á adynamia, que quasi sempre apodeirão-se dos doentes, repelle sobremodo tal indicação.

X

Como meio aconselhado por alguns clinicos, acha-se a hydrotherapia, cujo valor therapeutico ainda é duvidoso.

XI

A indicação da agua ingleza e dos tonicos em geral, afim de levantar as forças do organismo, tem sua razão de ser e offerece garantias e altas probabilidades.

XII

As quarentenas, os lazaretos, em summa, o tratamento prophylatico auxiliado por uma therapeutica racional e justa, podem trazer incontestavel utilidade e proficuos resultados.

---



# HYPOCRATIS APHORISMI

---

Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experientia fallax, iudicium difficile.

*(Sect 1.<sup>a</sup> Aph 1.<sup>o</sup>)*

Ad extremos morbos, extrema remedia, exquisitè.

*(Sect 1.<sup>a</sup> Aph 6.<sup>o</sup>)*

Vulneri convultio superveniens, lethale.

*(Sect 5.<sup>a</sup> Aph 2.<sup>o</sup>)*

Si in magnis vulneribus et pravis tumores non apparent, ingens malum.

*(Sect 5.<sup>a</sup> Aph 25.<sup>o</sup>)*

Ubi somnus delirium sedat, bonum.

*(Sect 2.<sup>a</sup> Aph 29.<sup>o</sup>)*

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat, quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat, quæ verò ignis non sanat insanabilia existimare oportet.

*(Sect 8.<sup>a</sup> Aph 6.<sup>o</sup>)*

*Remettida á Commissão Revisora.—Bahia e Faculdade de Medicina,  
em 29 de Setembro de 1877.*

*Dr. Cincinato Pinto.*

*Está conforme os Estatutos. Faculdade de Medicina da Bahia 1.º de  
Outubro de 1877.*

*Dr. Saraiva.*

*Dr. Almeida Couto.*

*Dr. Braga.*

*Imprima-se.—Bahia e Faculdade de Medicina 1.º de Outubro  
de 1877.*

*Dr. Faria.*

