



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 Biblioteca 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 - Brasil

www.bgm.fameb.ufba.br
bibgm@ufba.br

EX-LIBRIS



EX-LIBRIS • BIBLIOTHECA GONÇALO
DA SAÚDE BRASILEIRA • ZINNO

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.

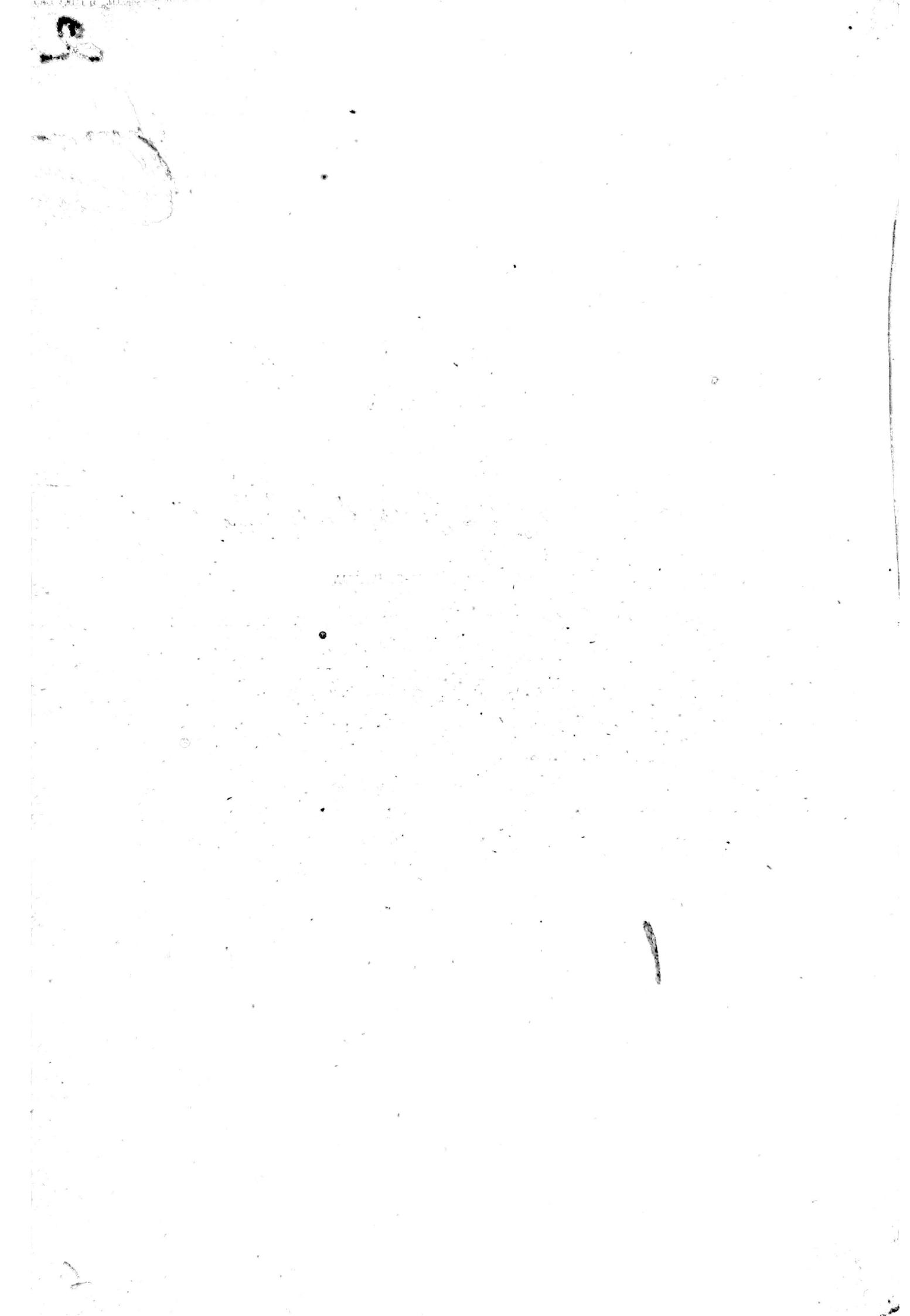
Là est le but avoué de tous ceux qui les cultivent.

(Velpeau).

BAHIA:

TYPOGRAPHIA DE ARISTIDES RICARDO & C.º--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	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	.	.	Physiologia.
Pedro Ribeiro de Araujo	.	.	Botanica e Zoologia.
Augusto Gonsalves Martins.	.	.	Repetição de Anatomia descriptiva.
Cons. Elias José Pedrosa	.	3º anno	Anatomia geral e pathologica.
Egas Carlos Moniz Sodré de Aragão.	.	.	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	.	.	Continuação de Phisiologia.
Dr. Domingos Carlos da Silva	.	4º anno	Pathologia externa.
Demetrio Cyriaco Tourinho	.	.	Pathologia interna.
Barão de Itapoan	.	.	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
Demetrio Cyriaco Tourinho	.	5º anno	Continuação de Pathologia interna.
Luiz Alvares dos Santos	.	.	Materia medico e therapeutica.
José Antonio de Freitas	.	.	Anatomia topographica, Medicina operatoria e apparelhos.
Rozendo Aprigio Pereira Guimaraes	.	6º anno	Pharmac.a.
Francisco Rodrigues da Silva.	.	.	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	.	.	Hygiene.
José Affonso Paraizo de Moura	.	.	Clinica externa do 3º e 4º anno.
Ramiro Affonso Monteiro.	.	.	Clinica interna do 5º e 6º anno.

LENTES SUBSTITUTOS

Antonio Pacifico Pereira	.	.	Secção Cirurgica.
Alexandre Affonso de Carvalho	.	.	
José Pedro de Souza Braga	.	.	

Secção Accessoria

Claudemilio 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.

RECORDED AND INDEXED IN THE LIBRARY OF THE UNIVERSITY OF TORONTO

4



A MEMORIA

DE

MINHA CARA E EXTREMOSA MÃI

D. Emilia Thomazia de Mello

Lagrimas, 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
Lagrimas e saudades.

A' MEO PAI

Na quadra mais solemne 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, envoltas na dôr do sofrimento, 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 VUAMOS

Verdadeira estima

A' MEO CARO CUNHADO

E A' SEO INNOCENTE FILHO

Sincera afseição, 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.

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 mérito e homenagem ao seu profundo saber,

A MEU BOM MESTRE E AMIGO

Dr. José Affonso de Moura

E A SUA EXCELLENTISSIMA E VIRTUOSA FAMILIA

Muita estima, respeito e consideração.

A' MEOS MESTRES E AMIGOS

DR. ALEXANDRE AFFONSO DE CARVALHO.

DR. ROZENDO APRICIO 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 seos talentos.

AO MESTRE E AMIGO

Dr. Manoel Maria Pires Caldas

Subida estima, cordial affeção e sincera amisade.

A' MEU COLLEGA E ESPECIAL AMIGO O DOUTORANDO

Luiz Antonio de Faria

E A SUA EXCELLENTISSIMA FAMILIA

Cordial estima e subida consideração.

AOS MEOS COLLEGAS

DR. CARLOS FERREIRA SANTOS.

DR. ALBERTO FRANCISCO DO ESPIRITO SANTO.

DR. JOSÉ ZEFERINO FERREIRA VELLOSO.

DR. GUILHÉRME STUDART.

Sincera e verdadeira retribuição de amisade.

A' MEO CARO AMIGO

O SR. FRANCISCO VENTURA FORTUNA.

Retribuição de amisade.

11

Este meu mestre e bom amigo
e illustradissimo e distinto Senhor
Substituto da seccão de ciencias
medicas - Dr. Antônio Pacifico Brin-
ca, como eliminata prova de profun-
do respeito, admiração ao seu robusto
talento e subida consideração ás suas
excellentes e inexcaváveis qualidades
affezee a seu obscuras e humildes dis-
cipulos, que tem para sempre guarda-
das no espírito as eloqas e eloquentes
lígias recebidas na aula da Clínica
externa, da qual foi chefe o Mestre
que nuns poucos esforços nem sa-
berfaria para derramar a lava das
ciencias em moçidade estudiosa e de
bonitas horas.

when and a address was at
the Justice's office in the
morning. At noon the State
and local authorities
met, and a formal
ceremony was performed. Sir George
was in command of the
ceremony which was conducted
with great solemnity and
precision. The ceremony
ended with a speech from the
Chief Justice, and a
salute by the Royal Artillery.

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 commun 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 atraíndo de mais á mais a attenção do mundo cirurgico.

Si bem que até certo tempo parecesse achar-se estreitamente circumscrip̄o 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 incurável, e os recursos de que dispunha a cirurgia para combatê-la erão acanhados e, no maior numero de vezes, improfícuos.

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

Limitava-se exclusivamente a descripção de symptomas, sendo a dor, a diarréa 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 leva à importantissima e sublime *Sciencia da vida*, a solução de problemas se vai fazendo, e o veo mysterioso que encobria a evolução organica de certas e determinadas entidades morbidas, cujo resultado final era a morte, dissipava-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.

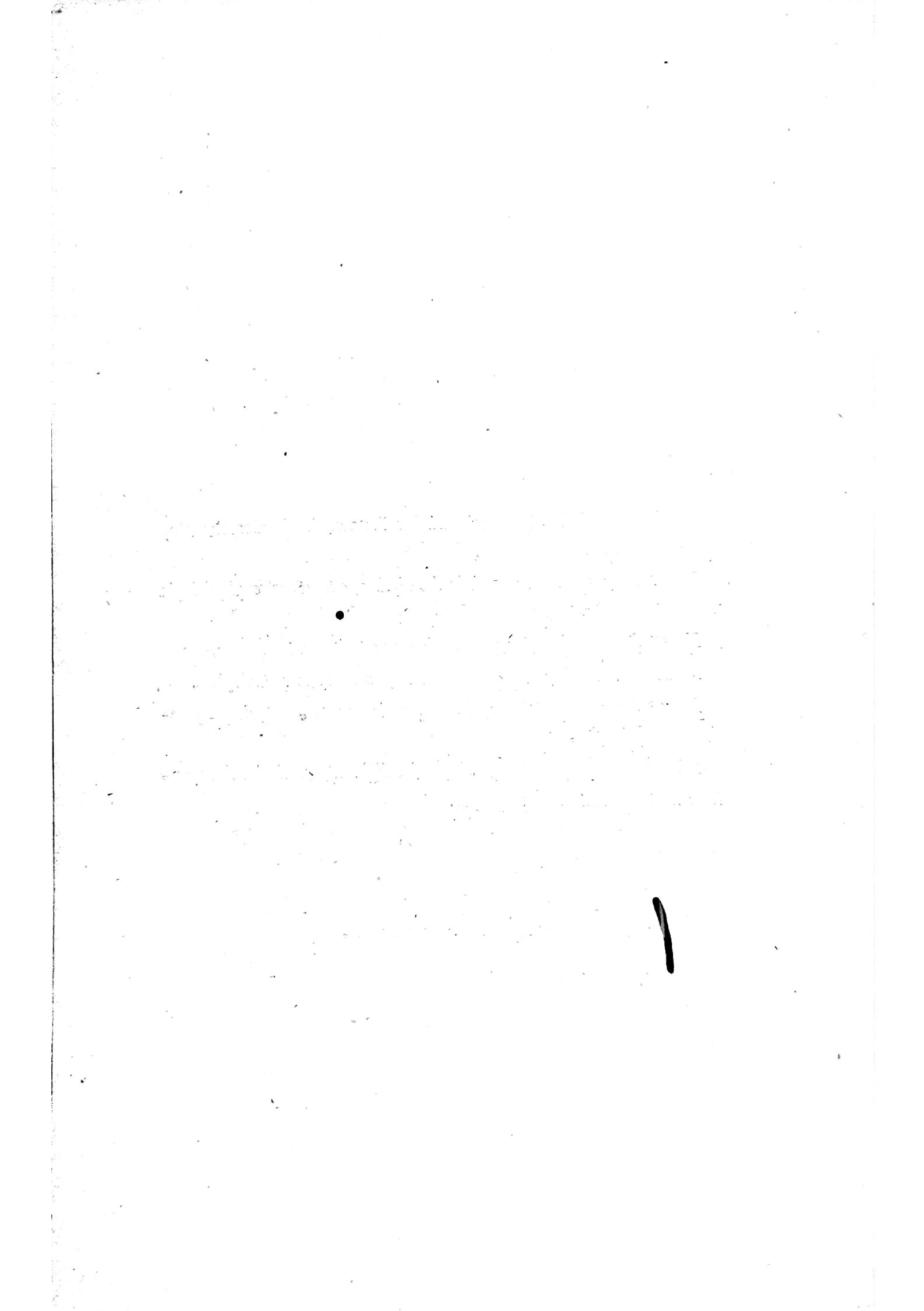
*Na 1.^a trataremos da anatomia descriptiva, estructura e physiologia
do intestino recto.*

Na 2.^a das considerações geraes sobre os estreitamentos rectaes.

Na 3.^a da etiologia, pathogenia e alterações anatomo-pathologicas.

*Na 4.^a da symptomatologia, do diagnostico e seos meios, do prognos-
tico e complicações.*

*Na 5.^a do emprego e da apreciação dos diferentes methodos therapeu-
ticos no tratamento d'esta affeção.*



PRIMEIRA PARTE

Da anatomia descriptiva, estructura e physiologia 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 conseguintemente do tube 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 encontrão na porção relativa á parte média do tubo intestinal. O seo limite inferior, sobre o qual achão-se de commun accord 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 difícil, pela divergência de opiniões, é para assim dizer obscuro, sinão que indeciso.

O esfínter superior da bacia, geralmente considerado como ponto terminus do colon descendente, assignala a origem do recto, que pôde variar, attentas as condições de anormalidade que pode apresentar o S ilíaco ou colon ilíaco. Assim, quando o S ilíaco 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 ilíaco é impellido para cima e para dentro, o que é muito commun, a origem do recto corresponde ao promento-rio sacro, ou angulo sacro-vertebral.

Pôde, 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 sucede 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 iliac, e consequintemente a parte superior do recto deixar a fossa ilíaca esquerda para ocupar 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 pôde ter um ponto natural ou fixo, a menos que não seja artificial.

Por essa razão anatomistas afféitos a trabalhos praticos, longos e conscienciosos chegarão a um commun accordo, e hoje aceita-se a origem do intestino recto ao nível do estreito superior da bácia, à esquerda do angulo sacro vertebral e á diante da articulação sacroiliacá esquerda, independente dos deslocamentos que pode soffrer o S iliac.

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 curvadura, vindo terminar-se no anus, abertura natural que serve para dar sahida as materias fecaes. 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, retrahé-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 sóe dar-se com a segunda porção do duoden. Mais para baixo ainda, na sua porção terminal, a sorosa peritoneal abandona-o completamente, o que fâ-lo entrar em intimas relações de contacto com orgãos vizinhos, 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 comunicados pelo S iliac; que a segunda ou média goza apenas de ligeiros movimentos de lateralidade; que a terceira, enfim, ou porção terminal, apresenta uma immobilidade absoluta, devida a presença da aponevrose pélviana superior e do músculo levantador do ánus, (levator ani), ou sub-púbico-coccígeo de Chaussier.

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

Para este notável 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 próstata, assim 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 indivíduos.

Em quanto que o processo de mensuração relativo ao comprimento deste órgão é de summa facilidade e real exactidão, de difficilima execução, senão que impossível, é por sem duvida o que diz respeito a de seu calibre, segundo os diversos estados sob os quais pôde apresentar-se o referido órgão. Assim, quando o intestino recto não contém matérias fecales; quando acha-se em completo estado de vacuidade, nota-se que o seu diâmetro apresenta apenas uma limitada superioridade ao do intestino delgado, e que suas paredes achão-se mais ou menos aplicadas uma à outra, no sentido antero-posterior, pela pressão excentrica dos órgãos contidos na pequena bacia.

Attendendo-se, pois, á esta disposição, pôde-se afirmar 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 cœco, no estado normal.

Si, ao envez da dilatação ter logar na parte média deste orgão, fôr na sua porção inferior, isto é, naquelle 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 orgãos importantes, como: a bexiga e o utero que, pela distensão a que podem chegar amplião os direitos de domicilio, a ponto de virem occupar a região abdominal, o recto, seja qual fôr 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 iliacos. Susceptivel como é de dilatar-se e intestino recto torna-se impossivel, diante dos dados que hodiernamente possue a sciencia, a obtenção de uma cifra que represente a média de sua circumferência, 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 prática o pleno conhecimento dos limites de dilatabilidade do referido orgão, 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 orgão, varia segundo a porção que examina-se.

Dos seos estudos resulta:

1.º Que o maximo de dilatação na parte inferior deste orgão, é igual a uma circumferência de nove polegadas e tres quartos, ($2\frac{3}{4}$ 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 iliacos ou colon-iliacos 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 diferença de dilatabilidade do recto no estado normal é peculiar á

certos e determinados pontos, segundo revela o exame, nos dominios da esphera pathologica pode a dilatação deste orgão 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 paralysia 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 orgão achando-se vasio e suas paredes applicadas uma a outra no sentido antero-posterior, como dá-se com a urethra, o seu calibre apparente não é superior ao do intestino delgado, segundo admitte 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 comprehendér-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. ilaco, dirige-se para baixo, para traz e para direita, seguindo a curvadura sacro-coccygiana sobre a qual repousa.

Chegando ao vertice do coccyx, ahí 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 haver-a attingido ao nível da terceira vertebra sacra, vai procurar-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 orgão e na forma do canal por elle percorrido, resulta que o recto, correspondendo a parte posterior da excavação pélviana 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 à mudança de direcção no trajecto deste orgão, 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 centimetros, 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 centimetros 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 centimetros, no homem e $1\frac{1}{2}$ á 2 na mulher, e vai terminar-se no orifício anal.

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

Attendendo, pois, para os dados anatomicos em que acha-se fundada tão scientifica e racional divisão, não poderemos deixar de aceitá-la 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.

Susceptivel 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 acordo os anatomistas que admitem-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 centimetros, 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 centimetros; e finalmente para Richet de 10 centimetros.

Fort, que faz parte do numero d'aquelles que admitem 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. 473, e lic. 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'emboîtement du sujet augmente considérablement la distance qui sépare l'anus du *cul-de-sac* peritoneal. 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* poritoneal.»

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 susceptivel 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 curvilinea, pelo que apresenta curvaduras ou inflexões assaz pronunciadas, em numero de quatro, sendo duas lateraes e duas antro-posteriores.

As curvaduras 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-coccigiana, encontra-se a segunda curvadura, 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 curvaduras que só existem na parte superior tornam-se bem salientes, e desapparecem com a distensão completa do referido orgão.

As curvaduras 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; enquanto 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 differe muito em

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 *mesorrecto*.

Esta dobra que reveste a disposição triangular, e que continua-se, por sua base, com o mesocolon iliac, 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 constituir a referida dobra, denominada *mesorrecto*. Na espressura desta dobra, que não é mais do que uma dependencia do peritoneo, caminhão a arteria mesenterica inferior, veias do mesmo nome, nervos e gânglios 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 iliacou colon iliacou; 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 seo 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 recalcadas 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 sora peritoneal, que cobrem os referidos orgãos.

Sendo assim, pôde-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.

Pari 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 provenientes 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 autores 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 celulo-adiposo, de espessura variavel, na qual vão ter filetes nervosos que emanão do plexo hypogastrico, e mais para fóra ainda a aponevrose pélviana superior e músculo 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 diferentes, que são as seguintes:

1.^a No homem, essa face a princípio é coberta pela sorosa peritoneal, cujo *cul-de-sac* aloja as circumvoluções do ileon, que separam sua face anterior da posterior da bexiga.

Abaixo do *cul-de-sac* e lateralmente, ella se achá em contacto com as vesículas seminaes e canaës 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 vesículas seminaes, formando-lhes um estojo ou bainha contractil.

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

Mas, susceptíveis como são, de variar as relações das vesículas seminaes, segundo que a bexiga achá-se vazia ou distendida, sucede no primeiro caso que elles, afastando-se para ocuparem as partes lateraes, deixão entre si um intervallo, mais considerável que aumenta

(1) E' neste espaço, por-meio do seu processo dê talha recto-vesical, hoje abandonado, que Sanson penetrava na bexiga, e que Celso, no caso de cálculos vesicais 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 elas e os canaes deferentes aproximando-se da linha média tendem á reunião dos seos 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 vesiculas 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 approximação dos seos bordos, e conseguintemente dos das vesiculas seminaes.

Quanto as relações do peritoneo com a segunda ou média porção do recto, importa precisar-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 sorosa abdominal.

Dos estudos feitos pelo Dr. Sappey, actual professor da Faculdade de Medicina de Paris e distinto 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, approxima-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 centimentos.

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

2.^a Na mulher, a face anterior da porção média do recto apresenta relações que não podem ser despresadas sem prejuizo á arte cirúrgica. Estas relações são as seguintes:

1.^a—Com o peritoneo e as circumvoluções do ileon que o separão da madre;

2.^a—Com a parede inferior da vagina que lhe é unida em grande extensão, por meio de um tecido cellular 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 seu 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 Duglas, na qual são contidas as circumvoluções mais declives do ileon.

De importancia 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 pode dar-se o contrario, e então as relações são completamente modificadas.

Terceira porção.—A terceira porção do recto, ainda denominada porção inferior ou anal, 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 seu 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 infundíbulo, 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.^a) em que havia prolapo 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 milímetros.

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 supõe alguns anatomistas, um triangulo analogo ao triangulo recto-urethral do homem; porquanto a vagina e o recto se juntapõe para darem origem ao septo recto-vaginal.

Em sua parte inferior, o septo recto-vaginal é cortado obliquamente, o que faz-o aumentar 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 celulo-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 bitaleral, 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 destingue-se por alguns detalhes de estructura, o recto, ultima porção do canal intestinal, além de vasos e nervos, compõe-se de quatro camadas ou tunicas, merecendo cada uma delas uma descripção methodica e especial.

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

Primeira camada, ou tunica sorosa.—Esta camada que é constituida 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 adhère, 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 musculosa.—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 musculosa apresentão uma grande espessura a qual Kölliker avalia em 2, ^{mm} 2 e Fort em 2 milímetros.

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

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

pertrophiada, e, que além desta particularidade, apresenta-se com o coloração propria 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, constituído 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 taxas distinctas, que chegando a parte rectal superior confundião-se para formarem um plano continuo; hoje, segundo a opinião de Sappey, que as tem estudado de um modo todo particular, ellas não apresentão 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, ocupando 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 forma de uma fita, a outra posterior, mais estreita, espessa e affectando a forma de un cordão, conservão-se isoladas até os seos 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, distineto cirurgião do hospital de Versailles, demonstrão o seguinte:

Considerando-se o plano da excavação pelviana formado de trez camadas, a 1.^a representada pela aponevrose pelviana superior, a 2.^a pelos musculos levantadores do anus, e ischio coccygiano, a 3.^a pela pelle e paniculo adiposo; as fibras longitudinaes atravessando essas trez camadas necessariamente tomão inserção sobre cada uma dellas. Dahi a possibilidade na decomposição do plano que elles 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, elas 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, unhas, 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 músculo levantador do anus.

Segundo Sappey, as fibras que inserem-se nesta aponevrose continuam-se com as do músculo levantador do anus até a circumferencia da bacia, onde estas ultimas se fixão, do que resulta a formação de arquadas 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 caminhão entre elle e o esphincter interno para terminarem-se na pelle, justamente no ponto em que ella continua com a mucosa.

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

O plano constituido pela reunião destas fibras oferece 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 elles são pouco ou nada numerosas, é que explica-se a desigualdade da retracção do orgão, cujo calibre relativo á sua primeira porção é muito menor que o da porção média, denominada por alguns autores de ampoula rectal.

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

Frequentemente, sobre a porção média, ao nível 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 nível deste feixe de reforço que tem sede a maior parte dos estreitamentos organicos do recto.

Situado á 6, 7, 8 e algumas vezes 9 centimetros acima do anus e ocupando 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 millimetros, 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 musculara 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 prolápso 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 orgão.

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

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

Glisson e Morgagni tambem descrevem uma serie de pequenas dobras existentes ao nível 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 epithilio 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 renovam-se, pelo que achão-se sujeitas a uma vida transitoria e limitada.

As glandulas, que ahí 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, outrora 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 distinguidas pelos anatomistas daquella epocha em hemorrhoïdaes internas, fornecidas pela mesenterica inferior e em hemorrhoïdaes externas, oriundas da hypogastrica ou arteria iliaca interna.

Hoje, porém, que os estudos praticos constituem a base fundamental dos diferentes ramos da medicina, essas arterias são classificadas de hemorrhoïdaes superiores, hemorrhoïdaes médias e hemorrhoïdaes 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 elles proveem, separão-se delle, para contornarem, de traz para diante, a primeira porção do recto.

Ao nível da segunda, ou média porção rectal, os dous ramos de bifurcação da mesentrica inferior caminhão quasi paralelamente 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 musculara somente ao nível da terceira porção do recto e sobem em seguida entre as tunicas musculara e mucosa, deixando nestas pequenos ramos que ahi penetrão, 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 venoso ao nível 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 trajecto das arterias e veias hemorrhoidaes.

superiores, desde a base da prostata, até o nível do promontorio sacro, onde a ca leia 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 sistema vegetativo, representade pelo trisplanchnico ou grande sympathico, e do sistema cerebro-espinhal, representado pelos centros nervosos.

As divisões relativas ao primeiro sistema são de origens diversas.

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

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

3.º dos plexos hypogastricos.

Os nervos que originam-se do segundo sistema, isto é, do eixo cerebro-espinhal, provêm do terceiro, quarto e quinto pares sacros, apesar de ser muito difícil esta distinção.

Independente dos plexos hemorrhoideaes superior e médio, existe ainda o plexo hemorroidal inferior, cujos filetes satelites 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 estercoraeas, e de outra, concorre de uma maneira activa á expulsão das mesmas, no momento da defecação.

O toque rectal, bem como o vaginal praticados, secundum Virtem, 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 estercoraeas 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 iliacou colon iliacou, e um pouco acima, o recto conserva-se vasio e contrahido, sem que a ampoula rectal participe desta contracção.

Apezar da valiosa opinião e serios argumentos apresentados pelo distinto cirurgião, hoje ninguem 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 viscerae abdominaes, e, em particular, pela da bexiga distendida pela urina. Mas a proporção que ellas chegam ao recto, a porção deste orgão que não é reforçada pela sorosa peritoneal apresentando uma menor resistencia que nos demais pontos, permite-lhes ahi acumularem-se.

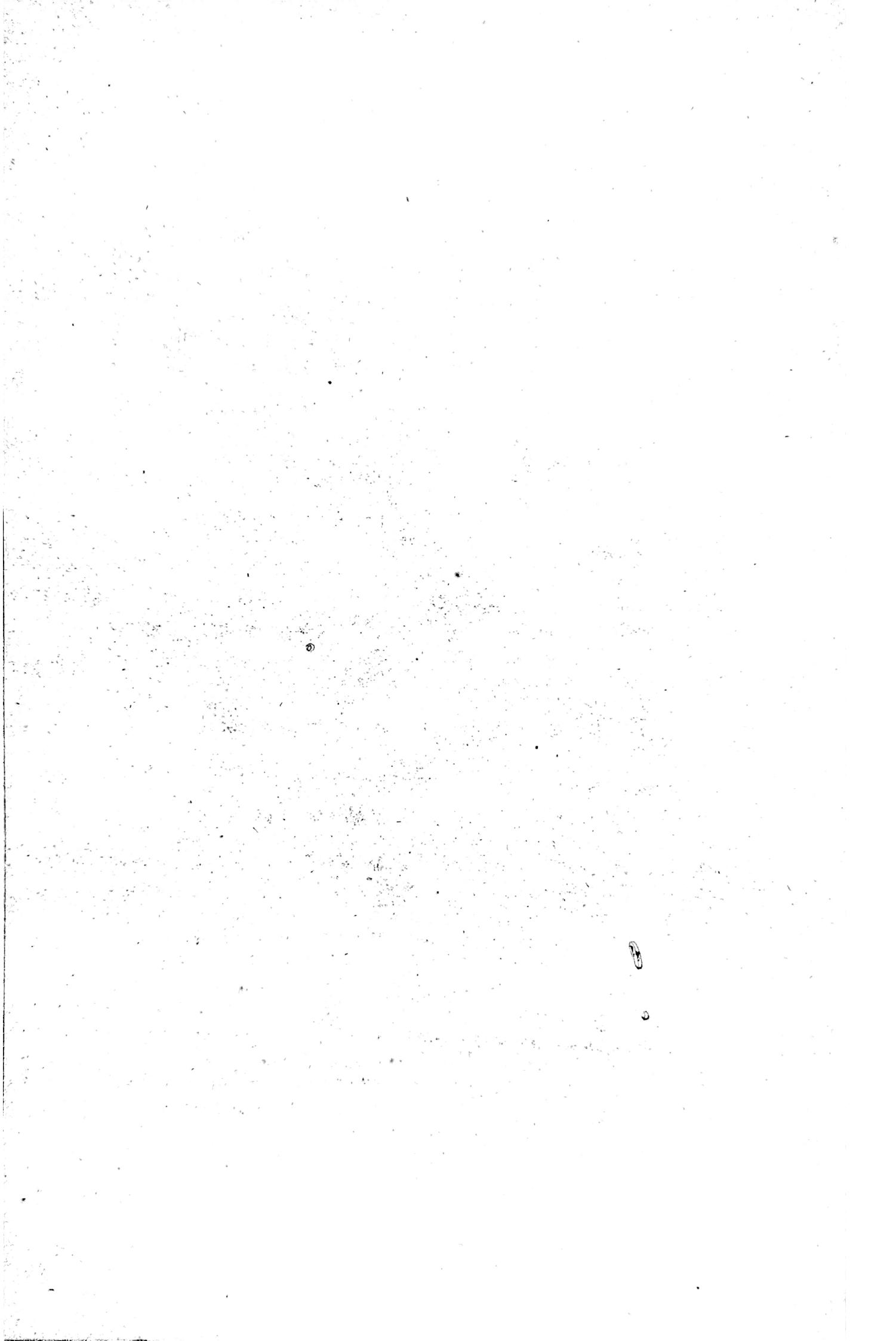
E' justamente neste ponto que observa-se a ampoula rectal, que não tinha razão de ser, si as fezes não fossem retidas neste ponto por algum tempo.

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

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

Pela estructura de que é dotado este orgão, 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 museulos dia-phragma 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 congenitos 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 orgão 178 de estreitamentos.

Alguns autores, que negam a frequencia d'esta affecção, combatem a estatística apresentada pelo distinto clinico Inglez, por quanto dizem elles «a contractura do esphincter do anus levada a um certo gráio, sobretudo se ella acompanha uma ou mais ulceracões 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.

Emitindo 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 distintos cirurgiões, vem em apoio da opinião d'aqueles 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 diffulta ou impede a sahida das materias fecaes.

Si bem que certas causas possam determinar o phenomeno de coartação rectal sem que haja alteração de estructura 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; prolapo da vagina; retenção de fezes; ausencia de estreitamento. (Hospital da Caridade.)

H. M. de 36 annos, creoula, solteira, liyre, 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 sofrido de molestias venereas nem syphiliticas, apenas de sarnas na infancia.

Fazendo a historia pregressa dos seus sofrimentos, refere-nos que ha 2 para 3 annos, appareceo-lhe no ventre um pequeno tumor que julga proveniente 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 facéis e promptas; as defecações sem dôres 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 difficilíssimas e laboriosas; alternativas de constipação e diarréa; grande diffuldade para defecar; as dejecções, além de

penosas, são acompanhadas de tenesmos e muitas vezes com intervalos 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 melhorias, porém passa-geiras.

O seu 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 seu bordo cubital fazendo pressão sobre o utero, determine a imobilidade deste órgão, percebe-se francamente um tumor duro, de superficie muito desigual (bosselée) e susceptivel de executar movimentos de lateralidade.

A 5 ou 6 centimetros 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 recalcamento ainda não determinou a diminuição do calibre intestinal, por isso que a introducção 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 turgesciente. O toque vaginal revela o prolapo 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, apezar de existirem os symptomas de retenção e as perturbações funcionaes que em geral acompanham os estreitamentos organicos. O que não contestaremos é que mais tarde possa sobrevir uma alteração das tunicas do recto recalcado 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 resultam da presença do cancro que pode ter por sede ou o proprio intestino recto, ou outro orgão contido na excavação pelviana.

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

H. Smith que aceita-os e como elle o illustradíssimo Professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro o Sr. Dr. Vicente de Saboia, (1) cita um caso desta affecção, em que a coarcação foi tão exagerada que reduziu o diametro do recto á 6 ou 7 millimetros, sem o espessamento das tunicas.

Sobre este ponto seja-nos permitido emitir a nossa opinião completamente oposta a dos pathologistas, que admitem a existencia destes estreitamentos.

Pelos dados anatomicos fornecidos pelo estudo da parte musculosa do recto, comprehende-se que pouca ou nenhuma analogia existe entre a porção musculosa da urethra e a desse orgão e muito menos entre a do cesophago e a do recto.

Se nestes dous ultimos orgãos as contracções musculares podem determinar a impossibilidade do catheterismo; no recto, a não ser ao nível do sphincter anal, onde encontrão-se fibras musculares numerosas da vida de relação, o phemono de espasmo não tem lugar e consequintemente a coarcação. Ainda quando isto se dê, ou melhor um estreitamento espasmódico manifeste-se, nunca será acompanhado de graves perturbações funcionaes, nem tão pouco os meios de tratamento a empregar-se serão os mesmos que nas coarctações orgânicas de natureza fibrosa ou cancerosa..

(1) Progresso Médico, n.º 1 —, 5.º de Novembro de 1876. Estreitamento fibroso da extremidade inferior do recto; rectotomia pelo galvano-caustico; cura sem accidentes. Lição de clínica cirúrgica 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 compromettida 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 naturesa 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 rationaes prescripções é por demais competente para dissipar toda scena que se passa, e de prompto fazer voltar ao estadio 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 destes de uma producção neoplasica, susceptivel de revestir as diversas fórmas que pode affectar o cancro, e aquelles da proliferação do tecido conjuntivo da parede rectal.

A maior parte dos pathologistas, que ultimamente se tem 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, sobre tudo os de origem syphilitica..

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

Outros considerão como séde mais commum o ponto de união da porção média ou ampollar 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 annel musculoso conhecido sob a denominação de *valvula de Houston* e a ampoulã rectal. Para nós, a séde dos estreitamentos rectaes, quer sejam fibrosos, quer sejam cancerosos, é muito variavel tanto quanto é esta lesão uma affecção que reconhece causas multiplas e diversas. O que podemos afirmar é que a maior parte dos estreitamentos fibrosos não tem por séde mais que 9 centimetros acima do anus e por conseguinte são accessíveis 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 António 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 centimetros acima do anus e o segundo á 2 centimetros acima do primeiro.

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

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

ser de dimensões diversas, e permitir ou a passagem de uma sonda de pequeno calibre, ou a 1.^a 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 permitem a passagem da 1.^a e 2.^a phalanges do dedo indicador.

Attendendo-se para a forma dos estreitamentos fibrosos, vê-se que elles podem formar 4 classes distintas, a saber: — 1.^a estreitamentos valvulares; — 2.^a estreitamentos annulares; — 3.^a estreitamentos cylindricos; — 4.^a estreitamentos em bridas. Quer apresentem esta ou aquella forma, raras vezes excedem, a não serem os estreitamentos cylindricos, de 4 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 histórica, 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 coarcação do recto, como geralmente dá-se com a transformação fibrosa das paredes deste orgão. Mas isto nem sempre acontece. O caso citado por Vidal (de Cassis) de uma mulher vítima de affecção cancerosa, que tinha por séde a extremidade inferior do recto, prova que, em vez de uma coartação, 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 matéria cancerosa infiltra-se na espessura das diversas tunicas do intestino, ou se depõe sobre partes bem circumscripas, formando saíncias mais ou menos volumosas e extensas, e algumas vezes pediculadas.

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

no segundo, temos os cancos 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 cancero concentrico ou schirro.

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

4.º—O cancero encephaloide ou cerebriforme.

5.º—O cancero coloide ou alveolar.

6.º—O cancero gelatiniforme.

7.º—O cancero viloso, cancero dentritic, ou papilloma.

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

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

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

Fallando do cancero primitivo do recto, Hecker diz tel-o observado 9 vezes na porção inferior desté orgão e 3 vezes nas porções—média e inferior.

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

Esta produçao 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 orgãos, como o utero, os ovarios, a bexiga etc., propagão-se até o recto de um modo surprehendente, a maior parte das vezes determinando estreitamentos incuraveis.

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

(1) A sciencia apenas regista um unico caso de cancero 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 Molliere—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 orgão primitivamente affectado: neste caso a morte do individuo tem logar antes que toda a circumferencia do recto tenha sido invadida.

As opiniões, até hoje emitidas pelos autores acerca da natureza do tecido canceroso mais habitualmente encontrado no recto, varião e mostrão a grande divergência que reina sobre este assumpto.

Vidal (de Cassis) é de opinião que o cancro atrophicó é o mais frequente, visto como invadindo toda a circumferência intestinal engendra estreitamentos de forma annular. Segundo a opinião de Cruveilhier, é o cancro coloide; H. Smith e Allingham, o cancro concentríco 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 numero delles estão os polypos às mais das vezes solitários e raras vezes multiplos; os tumores hemorrhoïdaes; 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 produções pathológicas, divididas em duas grandes classes:

A 1.^a constituída por tumores pediculados, de volume e aspecto variaveis, não se reproduzindo pela ablação—*secundum artem*. Nesta classe estão os polypos, os tumores hemorrhoïdaes, os lipomas etc.

A 2.^a constituída por tumores de caracteres oppostos aos dos primeiros. Nesta segunda e ultima classe achão-se incluidos 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 embryonário, 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 sejão 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 labirintho 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 *inflammatione* e a *ulceratione*.

Em alguns trabalhos concernentes a este assumpto, os autores ligão tamanha importancia a *inflammatione* 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 dificuldades na explicação de alguns factos, baseia-se em que a *inflammatione* 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; por quanto, 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 ocasional directamente apreciável.

Nesta ultima hypothese a mais commum, a rectite apresenta-se quer ao mesmo tempo que uma entero-colite, quer por propagação de uma inflamação 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 fecales mal elaboradas.

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

co durante o qual é muito frequente a formação de abscessos mais ou menos profundos, de phlegmões, e, o que mais é, de estreitamentos devidos a hypertrofia 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:

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

Ulceratio: — 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 diferentes theorias acerca do que seja em si a ulceração, por quanto 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 distintos: 1.º ulcerações idiopáticas, aquellas determinadas por irritações meramente locaes; 2.º ulcerações symptomáticas que, sendo devidas a causas internas dyscrásicas, constituem o symptoma de uma molestia geral.

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

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

Tomando por tipo 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 considerável, traz como consequencia o aperto intestinal.

E de facto.

A retractilidade sendo uma propriedade orgânica 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 orgânicos 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 lugar, o tecido cicatricial ocupando grande parte da circunferencia 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 obstáculo, de cuja solução de continuidade resultará a nova formação do tecido retractil, e mais tarde o reaparecimento da coarcação.

Já assim não sucede 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 científicos que as opiniões de diversos autores emitidas 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 comum das coarcações rectaes, e outros a inflamação; de outro lado a questão torna-se mais difícil e intrincada, quando procura-se saber

com restricta precisão á que grão 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'ele em uma certa altura, e que esta inflammação, suppurativa na porção esphincteriana, torna-se hypertrophiante na juncção 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 caracter, e muito menos o simples; como determinar-se a natureza da lesão que deu origem ao estreitamento?

Em qual das cathegorias bem conhecidas de cancros devem ser considerados os de que falla o distinto 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, por quanto as cicatrizes provenientes d'esta lesão podem desapparecer 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 pôde, 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 Molliére—*Traité des maladies du Rectum e de l'Anus*—pag. 276—1877.

ora tardivamente, isto é, em uma epocha na qual aparecem 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 feaces, ellas ulcerão-se, e ás ulcerações que podem ocupar qualquer ponto das paredes rectaes succede a cicatrisação, que, retrahindo len-ta e gradualmente o intestino, determina a diminuição do calibre.

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

As ulcerações, cujos bordos são duros e talhados obliquamente, mostrão-se tumefitas 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 ganham 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 úlcerações devidas aos tumores gommosos, observa-se o syphiloma, tumor que em estructura pouco ou nada differe das gomas, mas que (clínicamente 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 vertue 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 terríveis, não só pela extensão, como pelos accentuadíssimos estragos que produzem no organismo.

Aquelles que admitem 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 indispensáveis: 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 apanágio 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.^a—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.^a—que as mulheres são mais expostas á inoculação directa; 3.^a—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; enquanto, 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 coarcação.

As operações praticadas no recto; a introdução de corpos estranhos; as injecções irritantes; o accumulo prolongado das materias feaces solidas; os tumores em geral; o abuso dos purgativos drásticos, sobretudo do alões que parece ter uma acção electiva sobre o recto, as constipações rebeldes e usuais; 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 autores, 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.^a 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 seo modo de vida.

* No numero d'estas particularidades destaeão-se de preferencia a susceptibilidade nervosa e a organisação 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, Després 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 45 casos, 40 em mulheres e 5 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 á 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 logar para com os de naturesa cancerosa.

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

Em resumo, eis, a opinião dos diferentes 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 logar de serem simplesmente inflammatorios, como para Gosselin, são cicatriciaes com ou sem enduração plastica, não tendo nada de commun com a diathese syphilitica (Després).

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

Provêm de uma enterite syphilitica, cujo symptom principal é uma diarréa 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 hypertrofia consideravel (Pana's).

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 grão do estreitamento rectal, as tunicas intestinaes apresentão, acima e abaixo do ponto coartado, alterações cuja natureza e séde são susceptiveis de variar, pelo que teem sido diversamente descriptas e apreciadas.

Para uns, (Gross) estas alterações passão-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 infiltando-se de productos plasticos determina mais tarde a coartação 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 musculara, principalmente nas proximidades do ponto estreitado, onde uma hypertrofia 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 cellular subjacente, do que as outras camadas.

Além destas modificações que se dão pelo lado da tunica mucosa e tecido cellular subjacente, encontrão-se ulcerações mais ou menos extensas e profundas, de forma variável, e de preferência acima do ponto coarctado, as quais 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 acúmulo 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 capítulo 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 variável, porém, nunca excedendo de 6 á 8 centímetros, pelo que é sempre possível 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 lugar destes debruns ou orlas, encontrão-se saliencias completamente semelhantes as valvulas conniventes, podendo ser constituídas por fibras musculares contracturadas, como Verneuil demonstrou em um caso por elle observado.

Nos estreitamentos determinados por accidentes syphiliticos terciarios, as alterações que se notão nos tecidos que entrão na estructura do recto, são diferentes.

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 extremamente rico em elementos celulares novos que mais tarde transformando-se em tecido cicatricial, eminentemente retractil, dá origem as coartações e aos phenomenos que caracterisão-nas.

Nos primeiros periodos dos estreitamentos desta natureza, epocha

em que os syphilomas e os tumores gommosos começão 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 passão os tecidos constituindo em uma proliferação do tecido conjuntivo, 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, ocupando 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 passão 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 autores mais modernos, que se teem ocupado com o assunto que nos serve de ponto de dissertação.

«Os estreitamentos offerecão todos 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 nível* 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 nível, apresentava tambem um grande numero de cellulas, mesmo nos pontos em que a mucosa não estava ulcerada.»

«Ao nível da porção estreitada, no ponto o mais elevado e o menos dilatavel, que offerece á introducção do dedo e á passagem das matérias 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 dilacerá-lo.»

«Não é senão mais abaixo, nas partes as menos estreitas da coarcção, 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 reunem-se em certos pontos. Se vê ainda, entre estas fibras, pequenos abcessos em começo que sem duvida são a origem destas fistulas que acompanham os estreitamentos, e que abrem-se as mais das vezes ao nível ou abaixo do estreitamento, que acima d'elle.»

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

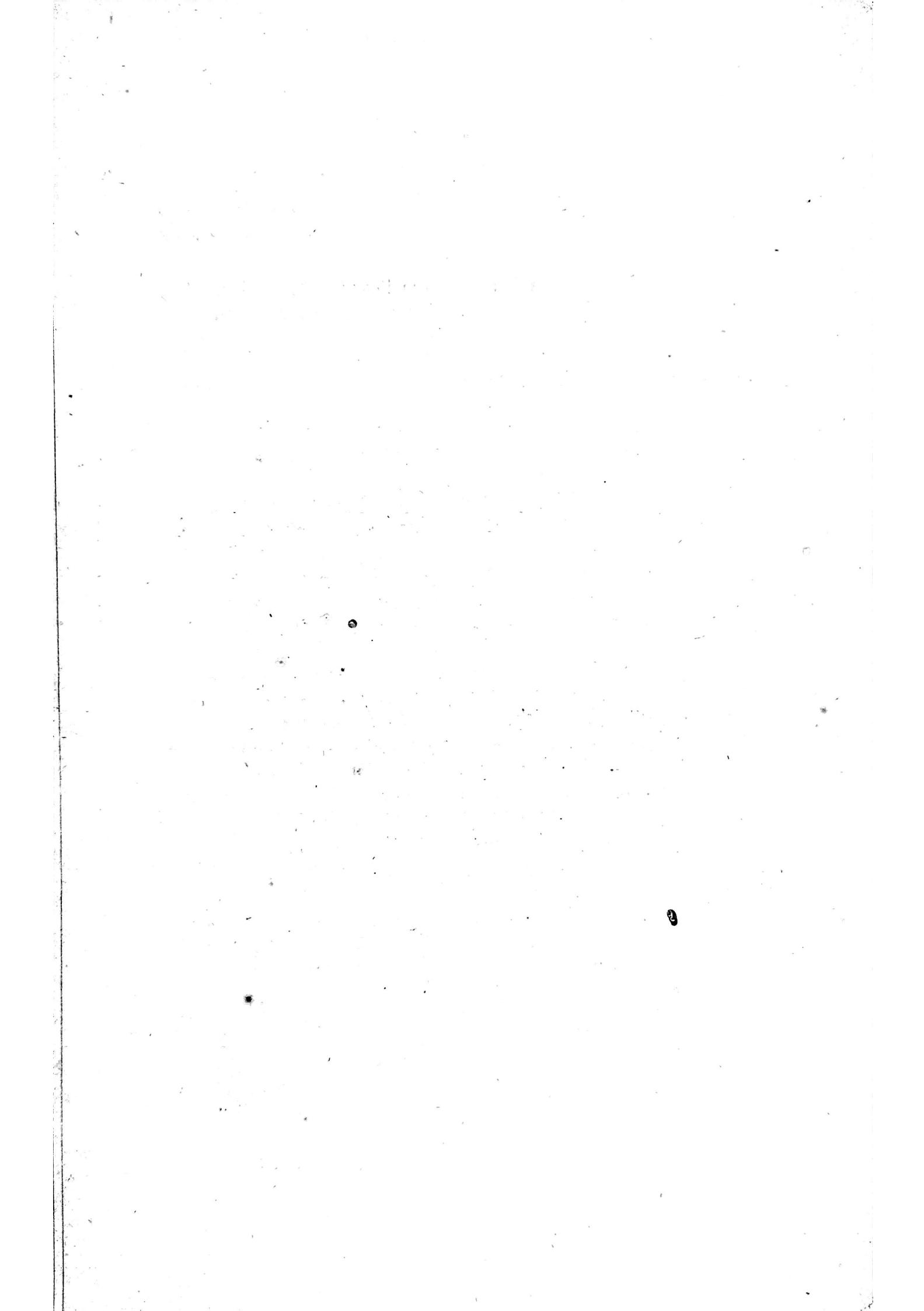
Além d'estas alterações de que minuciosamente falla Malassez, deve ser tomado em consideração o estado dos tecidos que cercão o recto.

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 inflamação chronica, e este tecido duro e rigido não é um dos menores obstaculos á cicatrisação.

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

As fistulas da margem do anus, em muitos casos de estreitamentos, apresentão-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 graão de adiantamento, nota-se que o estado geral d'elles é profundamente alterado e de alguma sorte expressivo.

A cõr destes individuos, geralmente pallida, mas que pode ser do amarello especial que caracterisa a infecção cancerosa; a extrema magresa que acompanha-os; a perda de forças que inhibe-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 sofrimentos!

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 consequintemente as materias estercorares apenas encontrão pequeno obstaculo á sahida, os individuos queixão-se de uma constipação de ventre mais ou menos habitual, apezar dos repetidos purgativos e clysteres de que fazem uso para debellar-a, de colicas, de

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

A constipação que é um phänomeno inicial prolonga-se durante toda a duração da molestia, da qual constitue o symptom predominante. Ela é ao mesmo tempo notável 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 efeito, chega uma epocha em que perdem grande parte de sua accão e tornão-se, para assim dizer, ineficazes. Desde então, elles sahem como entrão, por isso que não têm mais efeitos evacuantes; determinão o augmento do ventre e produzem colicas sem provocar dejecções.

Quando a coarcação intestinal tem attingido um alto grão a ponto de difficultar seriamente a evacuação das materias fecaes, a retenção das mesmas e de gazes, a tensão das paredes abdominaes, a dôr, que pode ser continua ou intermittent 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 expellir-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 rompeu as paredes do recto. No dia seguinte as materias fecaes passavão pela vagina, e a ruptura do septo *recto-vaginal* foi encontrada.

Sempre expelidas a custa de dolorosos esforços e vivos sofrimentos, as materias fecaes sahem muitas vezes misturadas a um pouco de pus com sangue e sob fórmas diversas.

Estas fórmas, consideradas por alguns pathologistas como symptom pathognomonic 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 sieira, visto como moldão-se ao calibre do ponto estreitado quando o transpõe, ou affectão a forma do excremento do cabrito.

Nélaton attribue essa diferença 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

Seira; 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 delle, antes de transporem o orificio do esphyncter, e então elles 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 estercoraeas 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 commun 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 estercoraeas é um symptom de grande alcance e valor, e depende não só da consistencia das materias, como tambem da disposição anatomica da coarcação.

Se nos estreitamentos da urethra a ourina pode sahir sob formas diversas, ora em jorrão 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 dardouras ou passageiras, não manifestem-se.

Diagnóstico e seos meios

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

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 acidentes sérios e fatais podem ser a consequencia de um toque mal feito 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 autores.

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

Esta pratica que é a geralmente seguida, encontra a devida explicação na seguinte propriedade: é que as sondas de gomma-elástica sendo flexiveis e terminadas em bola, pode-se-lhes imprimir uma curvadura mais ou menos approximada a do recto, e ao mesmo tempo apreciar-se o grão 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 for 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 grão; 3.º a forma e disposição; 4.º a natureza; 5.º o grão 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 injecções de agua fria, como meio de diagnostico, têm a vantagem de arrastar consigo pequenas parcellas ou detritos da massa cancerosa, caso seja o estreitamento de natureza maligna, que examinadas no microscopio denunciam 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 orgão, maxime quando têm chegado a um certo grão 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 dificuldades ao diagnostico diferencial, 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 rational e de fácil reprodução.

Sujeita como é á temíveis accidentes, á frequentes recahidas e sérias complicações, esta affecção termina-se as 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 obstrucción intestinal, (1) devida a retenção das materias fecaes, que pode determinar a ruptura das tunicas do recto, seguida de uma peritonite; a diarréa; a inflammação espontânea do peritoneo; a constipação; as hemorrâgias 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 an-

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

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

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

Tratando da peritonite, como uma das mais terríveis 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 peritoneo 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, encontrão-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 Hugier, Costallat e Gosselin, são: o esthiomena da vulva, as febres intermitentes e a phtysica pulmonar. Em quanto 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 cesophagiano 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 4; e Verneuil 2.

Quasi todos os auctores estão de acordo que a phtysica pulmonar, como complicação dos estreitamentos rectaes, é devida a insuficiencia 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 diferentes 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 distintos, ella dispõe de meios assaz poderosos para combater de uma maneira avantajada os estreitamentos rectaes.

Estes meios, que podem reduzir-se a quatro methodos distintos, são: *A dilatação, a cauterização, 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 modificacão 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 distineto e ilustrado cirurgião Francez disperterão no espirito de alguns outros o emprehendimento de serios estudos praticos.

E assim aconteceu.

A razão humana, sempre avida do descobrimento da verdade, proseguiu na analyse dos factos, e, não poupando esforços nem tão pouco sacrifícios, chegou a demonstrar que os específicos nada tinham

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

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

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

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

Variedades de um mesmo methodo, estes douos 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 practical-a diversas cirurgiões, em cujo numero estão: Desault, Tanchou, Beniqué, Costalat, 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 œsophagianas 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 sahida, ao mesmo tempo que dilatão, aos gazes intestinaes; os suppositorios de metal, de marfim, de gomma ou *gutta-percha*; as bugias de cera e finalmente os corpos susceptiveis 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 indispensável á seo emprego, que antes de introduzido no intestino, seja untado de ceroto simples ou uma pomada calmante, assim 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 indispensável ao catheterismo, *secundum artem*, ainda se lhe impõe. *E a direcção do orgão sobre o qual vai elle praticar a dilatação.*

O recto, como sabe-se, tendo por séde a excavação da bacia, oferece 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 promontório ou angulo sacro-vertebral, que representa no catheterismo d'este orgão o mesmo papel que o colletor do bolbo no catheterismo da urethra.

Quando o corpo dilatante é a mecha de fios, é necessario ligá-la cautelosamente na sua parte média com um fio duplo, cujas extremidades devem ser presas fóra do anus, por meio de tiras aglutinativas 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 aconselhão 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 nível do estreitamento e ahi deixal-a, visto como pela sua accão de presença dá-se e desengorgitamento das partes pelo escoamento de líquidos 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 friável, 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 for 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 proscreve absolutamente a demora do corpo dilatante por muito tempo; porque, sob a influencia delle, podem sobrevir accidentes inflammatorios terríveis.

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 desapparecerão 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 efeitos 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 sejão, além de fatigarem os doentes, são causas muita vez de irritações intestinaes, dôres intensissimas e duradouras, inflamações 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 seo *modus agendi*.

Dizem todos os autores que a dilatação pôde ter uma accão triplice.

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

Exercendo-se por qualque 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 Scienças Medicas, artigo sobre os estreitamentos do recto.

peo o *veredictum* de alguns cirurgiões, que decidiram-na pela affirmativa.

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

Mas hoje, diante dos resultados oriundos da calorosa e proficia discussão que teve lugar na Sociedade de Cirurgia de Pariz em 1873, na qual tomaram parte os Drs. Verneuil, Panas, Després, 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 hereux jusqu'ici pour obtenir une seul 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 rétréissement*» (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 coaretação 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 sucesso; rectotomia linear.*

Ignez 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, soffre de cancos molles na vulva e de leucorréa, sendo aquelles curados com sulfato de cobre e esta com injecções adstringentes.

Seis meses passados, começou a sentir difficultades 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 achadas sob a forma de uma fita.

Em dezembro de 1875, progredindo a molestia, á ponto das materias estercorales serem retidas por mais de 4 dias, o que deu lugar 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 4.^a phalange do indicador direito. Acima do aperto, duro, resistente e de forma circular, o intestino é dilatado e contém materias feaces 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 introducção do dedo até a séde do estreitamento se faz com custo e provoca dôres, á doente principalmente quando atinge a porção rectal existente acima da coarctação.

A saída do dedo revela o estado de ulceração da mucosa, visto como vêm coberto de pus misturado á sanguê.

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

No dia 30 de maio, depois de melhorar as condições geraes da doente por meio da therapeutica apropriada, o Sr. Dr. Moura deu 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, una sonda de 1/2 centimetro de diâmetro, 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.^a sessão em diante as dejecções se fizeram tornando faceis, sem dôres e regulares, e as dôres provocadas pela introducção da sonda fizeram diminuir, até de todo desaparecer.

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

R. Iodureto de potassio.....	8 grammas.
Aguia 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 acometida de uma febre de carácter pernicioso que, sendo combatida por uma therapeutica justa e racional, de prompto cedeo, retirando-se do Hospital ainda no periodo de convalescência, em 15 de setembro do presente anno.

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

Como meio mais simples de praticá-la, 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 processô, aliás muito simples, só podia ser applicado aos estreitamentos situados na ultima porção do recto, e que não erão 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 ellos 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 orgânicos; por quanto a rapidez deste processo faz com que cesse subitamente o obstáculo ao curso das matérias fecaes, e consequintemente uma melhora considerável 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 divulsação, a consequencia immediata é o alargamento rapido ou a ruptura do obstáculo.

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

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

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

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

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

E' perigoso 1.º porque inslinge aos pacientes dôres atrozes que podem ser seguidas de phenomenos espasmodicos locaes ou geraes; 2.º porque os expõe á inflamações diffusas, á erysipelas, á peritonites, á collecções de pus, á fistulas &c &c.

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

Este processo é tão perigoso que Trélat, um dos cirurgiões mais notaveis da França, assim exprimio-se na sociedade de Cirurgia—«*Je ne ferai plus jamais la dilatation brusque dans aucun cas de retrécissement 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 coaretações rectaes por este processo.

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

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

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

Antonia Adelaidé, 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, há 3 annos, soffre de ulcerações no anus e no recto, mas que curara-se com a applicação do nítrato de prata.

Algum tempo depois, (1 anno mais ou menos) principiou a experimentar dificuldade 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 centimetros do anus, um annel 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 forma semi-annular posterior existe uma excrescência munida de um pediculo que prende-se á parede posterior do recto.

Sendo este pediculo curto, não podia esta excrescência 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-anus* (développe-
ment plein, de Charière) este passou, sem grande custo, além do estreitamento.

Alberto o instrumento e retirada em seguida a valvula movele, ficou comple-
tamente dilatado o annel, o que verificou-se pela franca e livre passagem do
indicador.

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

Desde o dia em que forçou-se o estreitamento, as defecções forão fazendo-se
facilmente e sem dôres, e com o uso de purgativos e laxativos restabelecece-se o
jogo 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 catetherismo.

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

Cauterização.

O methodo da cauterização hoje abandonado, e com razão, no tra-
tamento das coarctações rectaes, contou numerosos e decididos parti-
darios.

Evrard Home, Costallat, Jamson, Amussat, Robert, Duplat, Sanson
e outros, apresentão casos de successos maravilhosos obtidos pelo em-
prego de substancias causticas.

Os causticos de que se servião esses cirurgiões erão de natureza di-
versa.

Evrard Home usava do nitrato de prata; Amussat da potassa cau-
stica e do nitrato de prata com que muitas vezes cauterisou Broussais;
Robert da massa de Vienna que applicava todos os 15 dias, empre-
gando, depois da quéda da eschara, a dilatação; Costallat e Jamson do
cauterio actual, sendo protegido por um especulo de madeira, assim de,
applicado sobre o estreitamento, não comprometter as partes circum-
visinhas.

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 estreitamentos, 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 diferentes causticos sobre os tecidos vivos não pôde de antemão ser calculada nos desejados efeitos.

Se de um lado o nitrato de prata produz uma cauterisação superficial dos tecidos, e de outro a potassa caustica e a massa de Vienna produzem uma cauterisação profunda, o cirurgião não pôde 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 limitadíssima, 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 inflamação que pôde 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, pôde estender esta mesma acção até os tecidos circumvisinhos, e, contra a expectativa do cirurgião, produzir accidentes bem serios e fataes, antes ou depois da queda das escharas.

Si o cirurgião pudesse 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 gravíssimos e fataes produsidos pela acção prolongada dos causticos—actual e potencial—comprovão nossa asserção, e, uma vez por todas, demonstrão o quanto de cautela ou precaução 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 cauterisation 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 cauterização nos estreitamentos rectaes sendo praticada com intelligencia pode modificar a molestia e prestrar bons serviços á dilatação.

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

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

Electrolyse:—Em 1873, Léon Lefort anunciou á Sociedade de Cirurgia 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 reconheceu 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 faz com a gutta-percha um longo cone, em cujo centro atravessão fios metalicos que comunicão com 4 pequenos elementos de sulfato de cobre. (Morin).

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

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 própria 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 fecales são de volume normal, enfim não ha mais constipação; a doente é curada.»

Em resumo diremos que o methodo do Dr. Léon Lefort ainda não pode merecer a sancção practica, e que o da cauterização, 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 seccionar os estreitamentos do recto, não é absolutamente moderna.

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

Os successos por elle obtidos fizerão que este metodo operatorio contasse, na Inglaterra, numerosos partidarios, quae 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 metodo tambem contou numerosos partidarios; e Desault, o primeiro que ahi praticou-o, só emprègava-o nos casos de estreitamentos constituidos por bridas fibrosas ou especie de septos.

Ao lado do distincto cirurgião Francez apresentão-se—Boyer, Amussat, A. Bérard, Maslieurat-Lagémard, Velpeau, Malgaigne, Nélaton e Sedillot, que teem 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 horizontes praticos 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 diferentes:

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 forma de bridas, ou valvulas mui pouco espessas.

No numero dos instrumentos inventados para practical-o, estão os corta-bridas, de Desault; o litotomo occulto; o bisturi herniario, de Cooper; o rectotomo, de Riche; o de Amussat e seu escarificador; o rectotomo de Tillaux, cujas vantagens são de poder graduar e limitar exactamente as incisões e multiplicá-las 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, construído sob o modelo 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 forma 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, assim 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 millimetros 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 Riche, 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, excedendo 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 superficiais 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 nível do ponto coarctado, até a regeneração total dos tecidos comprometidos.

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 cicatrisação 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 forma:

«O doente chloroformisado, 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 suficiente.

Terminada d'est'arte a operação, colleca-se uma canula de 2 centímetros de diâmetro no estreitamento incisado, que deve ser conservada até a cicatrisação da ferida. (Panás).

Como se vê, o processo da rectotomia externa apenas differe 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, reune em si a vantagem de não ser praticada as *cegas*, como sóe dar-se com o processo das incisões internas.

Nas hemorrágias 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 aquem da ligadura, como o tampão, os stipticos ou adstringentes e finalmente ao cauteiro actual.

Ao lado das vantagens que pode trazer a rectotomia externa, devemos tambem colocar 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 hemorrágias, posto que possão ser debelladas, ainda assim constituem geralmente um accidente terrivel, principalmente nos in-

dividuos enfraquecidos por suppurações abundantes, o que é muito commum nos estreitamentos rectaes antigos.

Sobre os inconvenientes, o que temos a dizer, é que a rectotomia externa sem a dilatação é ineficaz 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 sofrido 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 sofre do recto, cuja molestia prohíbe-lhe de defecar sem grandes e excessivos esforços, sempre acompanhados de dôres intensas e duradouras.

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

A introducção 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 uso.

O Sr. Dr. Freitas, digno e ilustrado lente de anatomia topographica e operações, ajudado pelo lente substituto da secção de sciencias cirurgicas 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 sphincter em toda sua espessura.

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

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

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

Impedir a approximação e conseguintemente 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 promptocede, independente de qualquer medicação.

O tratamento local consistiu em injecções phenicadas com as quais 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 15 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 sanguíneo, entrou no Hospital de Caridade em 1 de Março de 1877, onde foi ocupar um dos leitos pertencentes ao serviço clínico 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 dificuldade na defecação, dôres pelo ventre, umas vezes duradouras e outras passageiras. Além d'isto, que as fezes são da forma 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.^a e 2.^a phalanges do indicador direito.

Acima da orla, que é dura e espessa, o intestino é dilatado e não contém matérias 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 injecções 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 insomnio, vêm reunir-se suores frios e abundantissimos e o collapso do sistema 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 ocupar 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 atenção 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 difícil e causava dôres ao enfermo.

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

A introdução do index não pode, 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 obstante à 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 centímetro de diametro.

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

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

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

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 estrei-

(1) Observação transcrita do livro de observações de clinica cirurgica 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 tambem a parede rectal em toda a sua espessura, desde o anel fibroso até o anus.

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

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

Em substituição e com o fim de prevenir uma absorção purulenta e infecção septicêmica, empregarão-se injecções continuadas de solução phenicada.

No dia 14, imediato ao dia operação, sobreveio uma reacção inflammatoria pouco intensa, inapetência, mal estar pronunciado e diarréia copiosa.

No dia 15 era mais intensa a febre; a calorificação exacerbada, 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 160 pañeadas por minuto.

No dia 18 desceio 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 á este esfado começo o doente a sentir melhorias consideraveis, mas como desenvolvesse na enfermaria S. Fernando a infecção purulenta em um amputado, da qual este doente foi afacado, o Sr. Dr. Domingos Carlos entendeo, e com razão, removê-lo imediatamente, o que effectivamente fez.

Passados dous meses, 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 illustradíssimo 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 insuficiente favorecia as complicações inflammatorias e septicêmicas, sendo o seu

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

A *rectotomia externa* tornou-se pois indispensável, 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 traumático regular.

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

A experiência me tem demonstrado tais resultados em alguns casos de minha clínica.

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 intelectual 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 clínica particular. Foi um moço chegado de Sergipe, enviado pelo Dr. Vasconcellos. O seu estado era lastimável, e tão desgraçado que lhe suggeria algumas vezes a lembrança do suicídio. Este moço sofreu 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 pôde ser feita convenientemente, não obstante usar do speculum de Sims, de grandes vantagens em tais casos.

Fui obrigado a completar a operação em outra sessão.

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

A cicatrisação realizou-se sem accidentes. As defecções deixaram de ser dolorosas, e diminuíram de frequencia, sendo as matérias solidas.

Assim também 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 instruções minhas, foi fabricado pelo Sr. Vargas, à rua do Julião. Este distinto artista preparou um excelente dilatador de estanho, oco, de uma forma levemente recurvada, e mais ou menos conico.

A princípio o dilatador era introduzido occasionando algumas dores ao paciente; porém não tardou que o proprio doente pudesse fazer uso dele, sem que lhe causasse o menor incommodo,

Este moço tornou a aparecer 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 propus 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)

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

No caso de ser o estreitamento complicado de uma ou mais fistulas, deve-se preferir, para guiar a cadeia do esmagador, um dos trajectos 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 trajectos fistulosos, ou cada um dos trajectos 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, distinto e illustrado operador.

jecto artificial por meio de um trocart curvo, cuja extremidade perfurante 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 abandonar-as e praticar-se o trajecto artificial, que deve dar passagem a cadeia do esmagador.

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

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

Em seguida retira-se o trocart, 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-coccigiana, á 2 centimetros do vertice do coccyx, e introducção do trocart até transfixar o intestino acima do estreitamento.

2.º Substituição da canula do trocart pela cadeia do esmagador, por meio de uma mola (1) de corda de relogio, 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 relogio para dar passagem á cadeia do esmagador. Esta sua feliz ideia, sancionada pela pratica, tornou mais facil o 2.º tempo da operação.

é a execução, principalmente quando se a pratica bem e em tempo opportuno, oferece vantagens que se não encontrão nas outras já por nós mencionadas e apreciadas.

Os casos de curas maravilhosas obtidas por este processo operatório, na Europa e entre nós, collocão-no acima de outro qualquer até hoje conhecido, e leva-nos a crer 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 ocupar um dos leitos pertencentes ao servizo clínico do Dr. M. M. Pires Caldas.

Há sete annos sofre de estreitamento; as defecações começaram a fazer-se com muita dificuldade.

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 vinham com esforços extraordinarios e sob a forma de pequenos cylindros curtos e finos, e as vezes achatados.

Há dous annos teve uma fistula; aparecerão 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 mediană.

A introdução do dedo denunciava a existencia de um anel fibroso, duro, na altura da articulação da phalangina com a phalangeta, que apenas e com aperto podia ser transposto pela extremitade 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 submetida 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 Sahida 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 minima dificuldade. Sente yoltar-lhe o appetite.

Dia 3. Pulso 96, temperatura 37,^o 8. Hontem á tarde teve um aumento 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 injecções 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 notável.

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 notável.

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 prometeo submeter-se a novo tratamento, caso fosse necessário.

Nunca mais appareceo.

OBSERVAÇÃO II.—*Estreitamento do recto, complicado de fistulas anæs; 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 clínica do Dr. Pires Caldas, no Hospital de Caridade.

Ha seis annos que só consegue defecar depois de fortíssimos puxos. Pelos esforços que fazia, deitava sempre algum sangue. Antes e depois de contrahida a molestia que trouxe-a ao hospital, soffreu de cancros 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-coccygiana. Chloroformisação demorada; a doente luctava.—Introduçao 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 músculos 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 introduçao 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 notável. O seu estado geral foi melhorando; as dejecções 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 dificuldade nas defecações, sempre precedidas e acompanhadas de esforços consideraveis e dôres intensas, apezar dos repetidos purgativos de que fazia uso.

Ultimamente apresentando-se um corrimento de pus e recrudescendo a molestia, a ponto das fezes serem retidas por mais de 3 dias com excessivas dôres, vio-se obrigada á recorrer ao medico, o que nunca fizera até aquella data.

Finalmente acrescenta 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, apezar da força empregada; a passagem do dedo indicador direito que ficava engasgado no ponto correspondente à articulação da 1.^a com a 2.^a phalange. A existencia de um completo annel fibroso fazia-se sentir sem grande custo.

Alem do annel á extremidade do dedo poude perceber o endurecimento da mucosa, mais accentuado para a parede posterior do recto que achava-se em alguns dos seos pontos ulcerada.

Com a sahida do dedo verifiquei a presença de um liquido purulento misturado a sangue, do que conclui o estado de ulceracao da mucosa.

A operação da rectotomia externa, pelo esmagador de Chassaignac, nesta doente não deu 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, rarissimas vezes misturado a sangue, ainda manifesta-se, o que muito incomoda 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 ocupar o leito n.º 79 da enfermaria da Assumpção.

O estado geral desta doente era satisfactorio.

Diz sofrer 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 phalangina 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 adhérente.

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 matérias excrementicias ahi contidas. Uma cloacă ou reservatorio ahi se formara, porque as fezes privadas de seguirem o curso normal pela presença de um obstáculo tão poderoso, pouco e pouco se ião accumulando; e desde que toda a quantidade ahi contida não podesse superar esse obstáculo, apesar das repandas e extraordinarias contracções musculares no acto da defecação, resultaria, conio resultou, a dilatação d'essa parte, attentas as condições de estructura e natureza dos tecidos. A doente é submetida a operação.

Terminada esta que foi praticada pelo distinto e ilustrado operador o Sr. Dr. Moura, passou-se á examinar a porção do recto, séde do estreitamento e notou-se que não só este cómo 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 distribuir alguns vasos importantes, não deixou de haver uma pequena perda de sangue.

O curativo, no presente caso, limitou-se ao acéio das partes. Injecções phenicadas, no intuito de prevenir algum accidente septicémico e ao mesmo tempo de favorecer a marcha da cicatrisação, forão feitas duas vezes ao dia e por muito tempo.

Com o emprego d'essas injecções, das quaes sempre fizeram parte o alcohol 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 influência de dores muito fortes e estas localisadas na ferida. O pulso subiu a 95 pulsacões por minuto e a temperatura a $38,1^{\circ}$ F.

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 colhéres de sopa, uma pela manhã e outra á tarde.

Item.—Infusão de tilja..... 500 grammas.

Mande.—Para tomar aos calices.

Do dia 19 até o dia 27 a doente usou doaconito e no dia 28 da infusão de senme tratarisada, sendo esta para produzir efeito purgativo e aquelle para provocar a transpiração,

O estado da ferida durante o periodo da cicatrisação foi mais ou menos satisfactorio.

Algum tempo depois, a doente foi victimá 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 estaya de todo restabelecida, afirmou-me que sim, sem que todavia me fosse possivel submettel-a á exame.

OBSERVAÇÃO V.—Estreitamento fibroso do recto, complicado de fistulas perineo-escrotæs e perineaes; rectotomia pela incisão linear.

F. Baraúna, branco, casado, pintor, 35 annos, natural da Bahia, temperamento lymphatico e constituição fraca (diz sofrer) á cinco annos, de estreitamento do recto, sendo precedido de adenites venereas e de molestias syphiliticas.

Pela simples inspecção nota-se a existencia de duas grandes fistulas peri-anas, sendo uma lateral e outra posterior. A estas fistulas se vão abrir outros pequenos trajectos fistulosos. No perineo encontra-se uma fistula que dirige o estylete até chegar na parede rectal posterior. No escreto encontrão-se seis aberturas fistulosas sendo uma no rapheo medio. O estylete introduzido não segue a linha média, mas sim dirige-se para a parte posterior e lateral do recto; as fistulas pequenas não se comunicam directamente com as grandes.

Por uma das fistulas grandes introduz-se um trocart para dirigir a cadeia do esmagador, e pela outra um segundo trocart para dar passagem a cadeia de um outro esmagador. A porção cutânea 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 dôres 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 melhorias consideraveis. As dejecções se fazem sem dificuldades, mas exigem algum esforço. O corrimento de pus, que d'antes existia, ainda manifesta-se. As fistulas foram desaparecendo e no espaço de douz mezes apenas existia um pequeno trajecto fistuloso que sucedeio ao da fistula do rapheo medio do escreto.

Presentemente não temos mais notícia 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 clínico do Dr. Maia Bittencourt, onde vae tratar-se de uma colite e leucorrhéa, é depois passada para a clínica do Dr. Caldas, visto soffrer de um estreitamento do recto.

Antes de apresentar-se o estreitamento, diz ter soffrido por trez vezes de accessos, bem como de molestias venereas e syphiliticas.

Presentemente accusa-se de desordens nas defecações, em geral difíceis e dolorosissimas.

O exame do habito externo revela um ligeiro engorgitamento dos ganglios cérviceas e inguinaes e manchas cor de cobre, em diversos pontos dos membros thoracicicos 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 sahе 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 practica 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 injecções phenicadas, feitas depois da operação e emprego da mecha. Pela ferida sahe um líquido purulento; por não defecar até esta data toma um purgante de citrato de magnesia.

Dia 21. A doente detecou; sente-se melhorada das dores; as dejecções 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 seu estado geral é outro; não ha mais corrimento de pus, e as dejecções 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 antibraço 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 notícia de alguns outros operados pelo esmagador de Chassaignac, como sejam de 3 pertencentes á clinica civil do distinto e habil operador o Sr. Barão de Itapoan, e de 1 do Sr. Dr. Braga, lente substituto da secção cirúrgica 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 notícia, 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 hemorrágia em uma parte vascularizada como o recto.

2.º Afastamento dos bordos da ferida até a sua completa cicatrisação, sem o emprego da mecha indicado por alguns autores.

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 primaria, 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 ilustrado 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 forma circular; rectotomia pelo enterotomo de Dupuytren; cura. (Particular.) (1)

O Sr. F., de 35 á 40 annos de idade; magro; anêmico; de temperamento lymphatico; sofrera outr'ora de molestias venéreas, das quaes diz ter se curado completamente, passando muitos annos com saúde regular.

Ha poucos annos começara a soffrer dificuldade na defecação, que foi aumentando gradualmente, e de algum tempo para cá dysuria que cada vez mais se tinha aggravado.

Alem de difícil, a defecação era sempre dolorosa, e precedida de muitos tenesmos, e as fezes achataadas.

Pelo toque rectal achava-se, cerca de 4 centimetros acima do anus, um estreitamento duro, caloso, 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 ajudara algumas vezes o distinto operador Dr. Pires Caldas. Este collega, fazia, em casos de estreitamento do recto, a rectotomia com o enterotomo de Richet, segundo o processo empregado por este nas fistulas pelvi-rectaes superiores, fazendo previamente com o bisturi e a tenta canula uma fistula desta natureza, paralela 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 insírumto.

O esmagamento se exerce então sobre todo o estreitamento, e pela divisão deste a fistula pelví-rectal superior, cega, feita *ad hoc*, se transforma n'uma fistula inferior, completa, cujo orificio interno fica muito proximo ao anus.

Não receiaava que a falta de divisão do esphincter pudesse concorrer para a retenção dos productos excrementicos 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 saída destes productos,

De facto a reacção foi muito ligeira; fazião-se diariamente 3 á 4 injecções 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.

Meu 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 dificuldade devida ao estreitamento da urethra, tinha já notado que sahia-lhe pelo anus alguma urina, e continuava a exsudar ainda por algum tempo.

Examinando conjuntamente o doente verificamos que sahia realmente urina que gottejava da parede anterior do recto, ao nível 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 nível do estreitamento rectal, por um orificio que não podemos descobrir.

Parece-nos provável que a urethrotomia interna, abrindo passagem franca à urina pelo canal da uretra, permittisse a cicatrização espontânea 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 incontinencia de fezes.

Esta vantagem do processo me parece devida em grande parte ao não esmagamento do sphincter 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, recolheu-se ao Hospital de Caridade em 8 de Abril de 1876, onde occupou um dos leitos pertencentes ao serviço clínico do Sr. Dr. Pires Caldas.

Diz ter levado uma quedá, em Junho de 1875. Oito dias depois, formou-se um abscesso que por si mesmo arrebentou, sendo muito abundante a suppuração que drou 3 mezes, pelo que levou de cama todo esse tempo.

Desde então principiou a sentir dôres em toda a região pélviana e grande dificuldade nas dejecções.

Uma constipação habitual e rebelde ao tratamento, que consistiu no emprego de purgátivos, manifestou-se, principalmente quando cosia por muito tempo.

O toque rectal denuncia um estreitamento situado á 3 centímetros acima do anus.

O Sr. Dr. Pires Caldas faz a applicação do enterotomo de Richet, como se tratasse-se de um caso de fistulas pelvi-rectaes superiores. A extremidade superior do instrumento abrange o estreitamento e vai 1 centímetro além.

A's 3 horas da tarde à doente apresenta-pulso 120; temperatura 38°, 1.

Retenção de ourina. Catheterismo para dar saída a ourina. Na manhã do dia seguinte não havia mais febre, porém na tarde deste mesmo dia voltou.

No dia 10 de Abril prescreveu-se:

R.—Laudano de Sydenham..... 10 gotas

Para tomar á noite em um calice de agua.

Com o emprego d'esta formula as dôres que sentia a doente foram diminuindo e a insomnìa de que era vítima 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 colhér de 2 em 2 horas.

No dia 16 cahé o enterotomo e o annel fibroso é em parte distruido.

Dia 18. Febre e insomnia. Prescripção:

R.—Decocto de cevada..... 500 grammas

Para tomar aos calices.

R.—Sulfato de quinina..... 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.

Maio 3: Dóres 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 cicatrizada. Passão-se sondas rectas, cuja introducção 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 Richez; 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 pregressa dos padecimentos d'esta doente que, além de paralytica, é idiota.

Actualmente acha-se melhorada de uma leucorréa 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, resolyeo o Sr. Dr. Pires Caldas fazer a applicação do enterotomo de Richet, o que effectivamente fez em 15 de Junho.

Depois de augmentado o orificio da fistula faz, passar um ramo do enterotomo, até sentir-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 sofre a operação sem ser chloroformisada e não dá um só gemido.

A tarde sente dôres na ferida e à noite sobrevém febre. Poucas horas dorme..

Dia 16. Febre. Continuão as dôres.

Dia 17. Febre. Continuão as dôres. O orificio da fistula é maior. O seo tecido apresenta uma coloração violacea. Retenção de ourinas desde a tarde.

Dia 18. Febre. Diminuem as dôres. Pus na ferida e no intestino. O enterotomo está completamente apertado. Catheterismo da bexiga. Grande quantidade de ourina extraída. Na noite de 19 para 20 cahe o enterotomo. As dôres são insignificantes. Pus e materias fecales líquidas 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 fecales. Princípio de cicatrisação 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 dôres.

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 anel rectal preexistente apenas denuncia-se por um insignificante relevo sentido pelo index. As defecções são facéis e sem dôres.

A doente demora-se por algum tempo no Hospital e até a data de sua saída, não sobrevém accidente algum. Ela é sahe curada.

Este novo processo da rectotomia, pelo enterotomo de Richet, se de um lado apresenta vantagens, quae sejam as do seo emprego nos estreitamentos elevados, a falta de hemorragia, 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 incomoda que exige do paciente até a queda do instrumento, que geralmente tem logar no 6.^º dia e a dificuldade ou impossibilidade na desfecação durante esse tempo, tudo isto faz que o seo emprego seja muito limitado, sinão que abandonado.

Attendendo para estas e outras razões, apezar 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 cancros da extremidade intestinal inferior, que este cirurgião recorria á esse processo, considerado por Morgagni como de uma pratica barbara.

Os successos obtidos por Lisfranc fizerão que esse processo operatório 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 cancros d'este orgão.

Para que se possa practical-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 q. 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, apezar de ser longa, laboriosa e arriscada, pode curar radicalmente sem inconvenientes ulteriores.

O meio mais facil e prompto de ser posta em prática 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 estatísticas 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 Littré, que concebeo-a em 1710, e segundo outros a Dumas, professor da Eschola de Montpellier.

A principio combatida por alguns cirurgiões, esta ideia é aceita e introduzida na prática, e, em 1770, Pillore, de Rouen, pratica a operação do anus artificial sobre o cœco.

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 apresentão 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 practical-a ficará *ad libitum* do operador seguir o methodo de Littré 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 difícil 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 deu 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 sobreviveu a operação 7 mezes; em 2 de estreitamentos syphiliticos ulcerados seguiu-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 imediata (1).

Conclusões

Sob o ponto de vista therapeutico os estreitamentos do recto são considerados como incuraveis, quando teem chegado a certo grão 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 efecto 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 celotomia só deve ser praticada nos casos de obstrucção completa, quando a vida do doente estiver em imminent perigo.

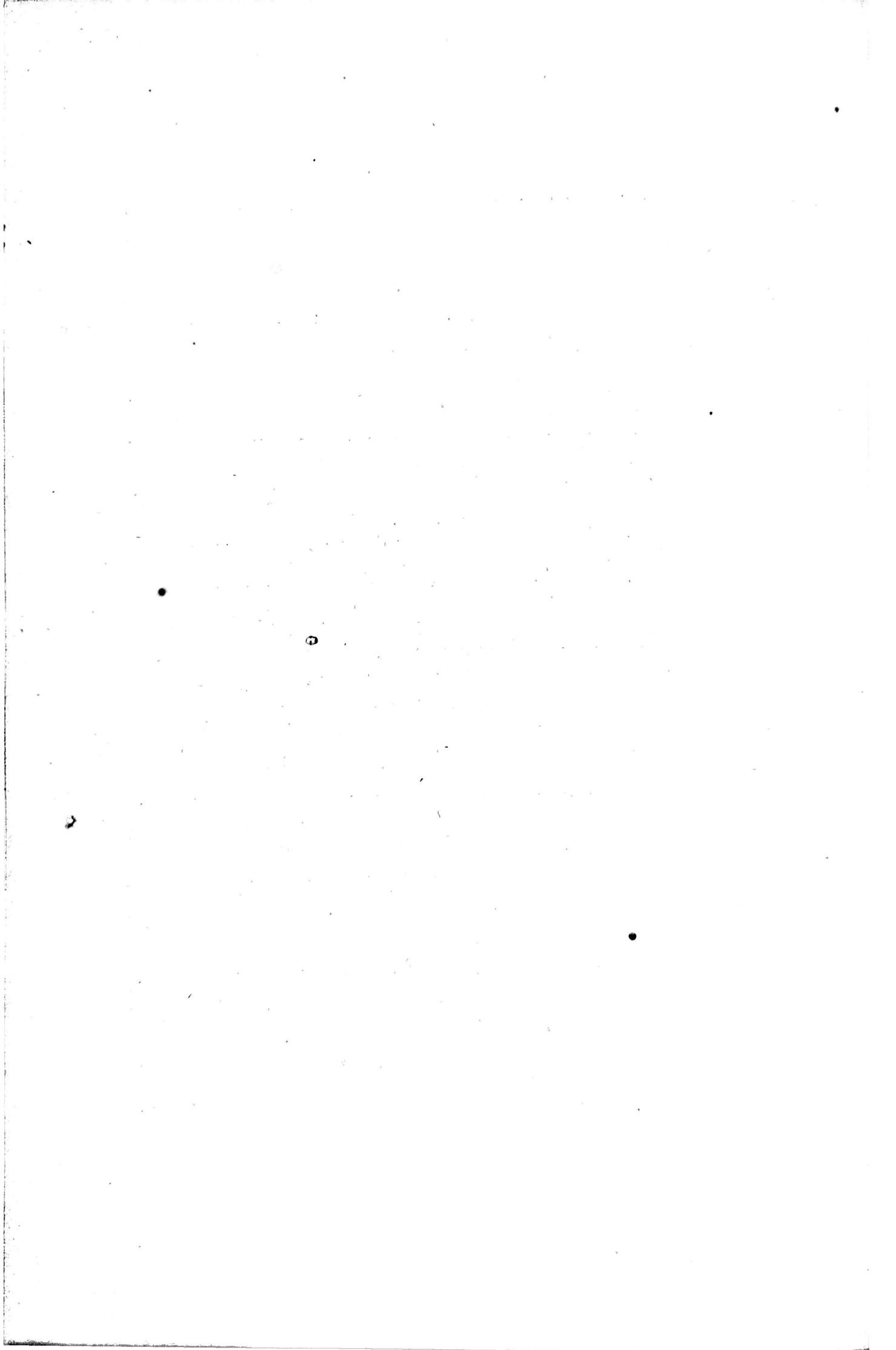
Além de ser uma operação difícil, grave e perigosa, é assaz incomoda ao doente quando bem sucedida, por isso que dá uma saída, que não a natural, aos productos da defecação.

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 traga a cura definitiva ao doente, ao menos prestão relevantes serviços, quaes sejam *melhoras mui consideraveis e compatíveis com uma saúde satisfactoria.*

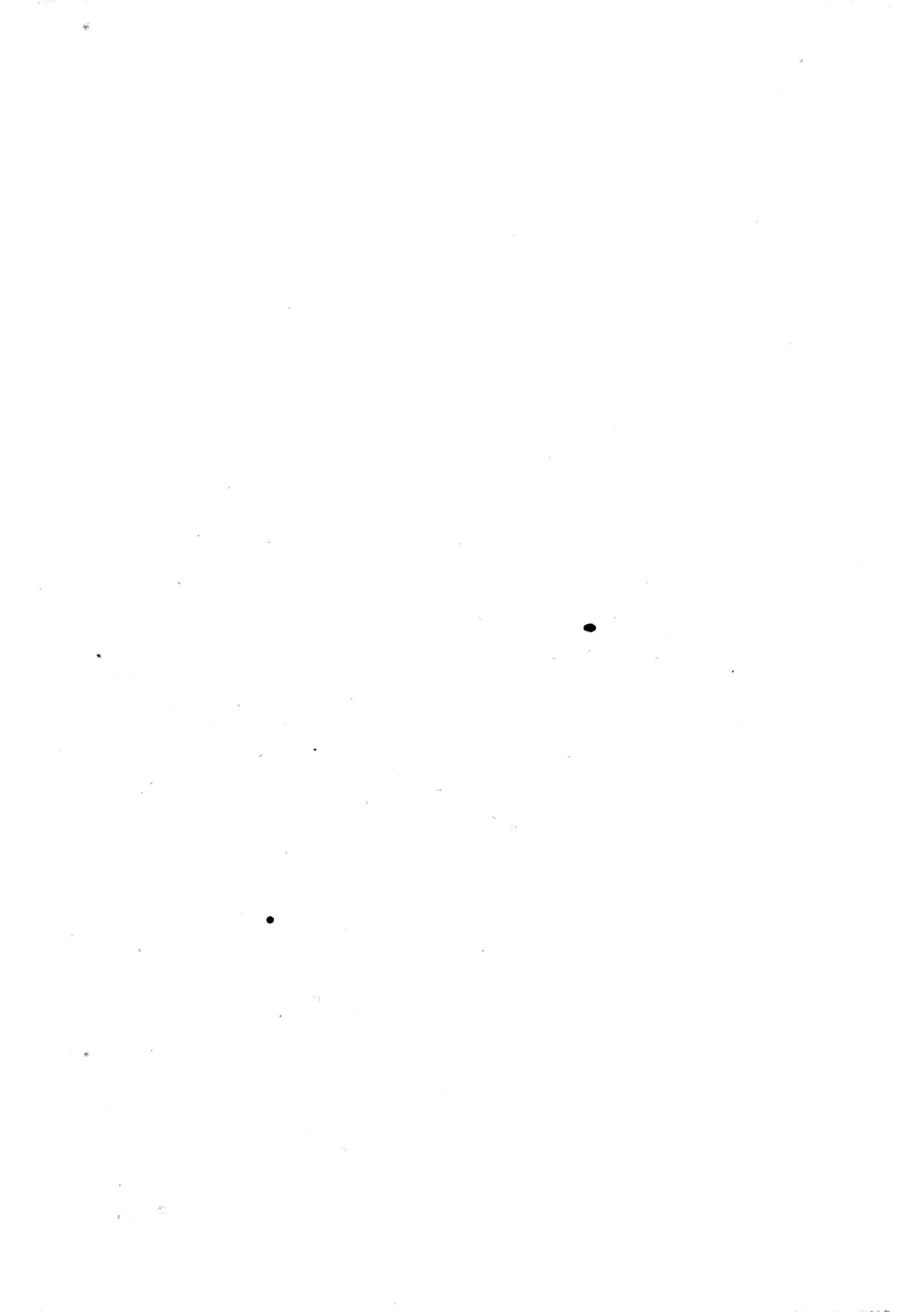
Aqui terminamos o nosso trabalho, cujo merito, se é que o tem, não é mais do que o reflexo das lições recebidas dos nossos dignos e ilustrados mestres.





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 consideral-o, 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 accão do alcool, é que dissolvem-se os principios oleosos e resinosos.

SEÇÃO 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 distintas—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 fórmas mais empregadas são—o *laço galvanico*, a *faca*, o *bisturi* e o *cauterio olivar*.

V

A hemostasia, a agilidade de acção e a diminuição da dor pela formação de uma eschara protectora, dão á este methodo operatorio toda preferencia que ao histuri, 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

prohibir-se o seu contacto com o intestino, o emprego do galvano-caustico nos estreitamentos rectaes é util e proveitoso.

VIII

Nas fistulas anaes, perineo-escrotaes e nos abscessos superficiaes e pouco profundos, o galvano-caustico presta relevantes serviços.

IX

A operação da phimosis e a amputação do penis 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 inflamação local e a febre traumatica que em geral manifesta-se após as operações, são menos intensas nas operações pelo galvano-caustico, do que por outro qualquer processo cirurgico.

XII

A secção do pedicolo, na ovariotomia, pelo galvano-caustico, si bem que possa ser feita, todavia exige a maior cautela por parte do operador. Ella é arriscada e temeraria.

SEÇÃO MEDICA

Qual o melhor tratamento da febre amarela?

I

Apezar dos serios e rigorosos estudos até hoje feitos, o tratamento da febre amarela 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 tem 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 (hervas nossas) podem trazer vantagens para o doente.

V

Os sinapismos pela propriedade que gozão podem ser aproveitados.

VI

As limonadas acíduas, como a chlorhydrica, a tinctura de perchlorato 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 tem sido empregados, entre nós, com resultados satisfactórios.

VIII

O sulfato de quinina só acha applicação quando existir de concomitância com a febre amarela 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 hemorragias e á adynamia, que quasi sempre apoderão-se dos doentes, repelle sobremodo tal indicação.

X

Como meio aconselhado por alguns clinicos, acha-se a hydroterapia, cujo valor therapeutico ainda é duvidoso.

XI

A indicação da agua ingleza e dos tonicos em geral, assim 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 prosicuos resultados.

HYPPOCRATIS APIORISMI

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experientia fallax, iudicium difficile.

(*Sect 1.^a Aph 1.^o*)

Ad extremos morbos, extrema remedia, exquisitè.

(*Sect 1.^a Aph 6.^o*)

Vulnери convultio superveniens, lethale.

(*Sect 5.^a Aph 2.^o*)

Si in magnis vulneribes et pravis tumores non apparent, ingens malum.

(*Sect 5.^a Aph 25.^o*)

Ubi somnus delirium sedat, bonum.

(*Sect 2.^a Aph 29.^o*)

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat, quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat, quæ verò ignis non sanat insanabilia existimare opportet.

(*Sect 8.^a Aph 6.^o*)

*Remettida á Comissão 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.

