

AP

1822

Para o dia 24 de julho de 1861, pelas 10 horas
da manhã.

Presidente = O Ilmo. Sr. Dr. José Fructuoso Ayres
de Gouveia Idorico.

Ilmos. Srs.

Assistentes. { Antonio Ferreira Braga.
Dr. Francisco Velloso da Cruz.
Eustachio Pinto d'Aguedo.
Dr. Antonio Ferreira de Macedo Pinto.

Vista
L. Moraes

Na operação da fistula do anus o
methodo da incisão é o preferivel.

These
apresentada
à
Eschola Medico-Cirurgica do Porto
para ser defendida pelo
alumno

Antonio da Silva Alves.

— Porto —

1861.

2
Ao

Distincto Presidente

O Ill.^{mo} Sr. D.^o José Fructoso Aguiar de Gouvea Pariz,

Bacharel Formado em Phylosophia, e em Medicina e Cirurgia pela Universidade de Coimbra; Doutor em Medicina pela Universidade d'Edimburgo; Socio do Instituto de Coimbra; da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa; da Sociedade Agricola do Porto; Membro e Secretario do Conselho Fidal de Beneficencia; e Lente Substituto de Medicina na Escola Medico Cirurgica do Porto, etc.

Offerece

São offerecimentos verdadeiros,
E palavras sinceras, não dobradas.
Cam. Lus.

O Auctor.

So Illustrado Jure

implore proteção

Antonio da Silva Alenc.

4

A operação das fistulas do anus
o methodo da incisão é o preferivel.

De todas as regiões da economia é a região anal aquella em que mais repetidas vezes se observão fistulas, que são determinadas e entretidas por diferentes causas. Nestas entra as alterações dos ossos da bacia, das partes constituintes da parede inferior da curvadura abdominal, dos orgaos genito-urinarios, e da porção inferior do intestino recto; são as dependentes desta ultima alteração, bem como das partes circumvizinhas, que farão objecto do nosso trabalho.

As fistulas do anus distinguem-se em completas e incompletas: assim chamam-se fistulas completas aquellas que tem duas aberturas, uma in-

terna, na mucosa do intestino, outra, externa, no
tegumento da margem do anus; e incompletas aquel-
las que tem uma só abertura. Estas chamam-se
cegas externas, quando a abertura é praticada no
tegumento da margem do anus; e cegas internas,
quando a abertura existe na mucosa do recto.

A primeira divisão, a das fistulas completas, tem
sido, e he admittida sem contestação por todos
os A. A. antigos e modernos, que se tem occupado
desta materia; porém já assim não acontece com
a segunda divisão, a das fistulas incompletas, que
são cegas externas quer cegas internas.

Saunders, Sabatier, Larrey e outros negão a exis-
tencia das fistulas cegas externas, fundando-se

5
Nas suas (mal arisquadas) observações, que lhes mos-
trámos que, sempre que houvesse uma fistula cega
externa, esta era dependente duma perforação do in-
testino; e das, como signal infallivel d'esta perfora-
ção, o cheiro fetido e privativo das materias intesti-
naes. Sento apim se depe, rasoa e se forço-
so fôr admitir esta opinião; mas é justamente
a fallibilidade d'este signal que outros H. B. de-
monstrarão evidentemente.

Pode existir, e existe de facto o cheiro fetido no
productor d'algumas fistulas, sem que exista a
communição.

Pott, Boyer, Vespaan e outros estudarão
muito bem este assumpto e mostrarão por factos
e experiencias muito exactas a existencia de tais fis-

tulas. Observando individuos, que soffriam destas Moléstias, e que por diferentes incidentes morreram, verificaramos pela autopsia que o cheiro fetido, que na opinião de Foubert constituiria o signal infalível da perforação do intestino, se dava com as fistulas segas externas.

Destas observações portanto collidas a este respeito se conclue, que a existencia da perforação do intestino nas fistulas segas externas é falsa, e que o producto da suppuração pode perfeitamente contrahir o cheiro das materias estercoraes sem que haja communicação entre as feres e o foco purulento. Seja porem, como fór, em todos os casos, em que existe um tracto fistuloso na margem do anus, o tratamento é o mesmo que para uma fistula.

la completa; porque quanto mais consideravel
for a suppuração, quanto mais adelgazadas se tor-
narem as paredes do recto, tanto maior probabi-
lidade ha de que as fistulas egas externas se con-
vertão em fistulas completas.

O principio em que se funda para ne-
gar a existencia das fistulas egas externas são
dois outros ordens: o maior numero de
Praticos sustentam que quando existe uma
perforação do recto, as materias estercorae pas-
sam atravez desta abertura para a escavação
ischio-rectal, e que em bem pouco tempo se
forma um abcesso, que se abre para o ex-
terior: daqui portanto uma fistula comple-
ta. Esta observação é muito justa, por-

que uma fistula cega interna pode converter-se
se pode converter-se em fistula completa; mas
antes que isto tenha lugar, passa-se muito
tempo sem que o pus contido na escavação
ischio-rectal saia para o exterior através da
pelle. Realmente, o pus pode passar per-
feitamente pelo recto e sair com as fezes; e
além disto, se o orificio não é muito largo, e
se a sede delle está collocada muito abaixo
da porção dilatada do recto, o foco si muito
ligeiramente pode ser excitado pelas fezes, que,
sahirem, tendem mais a fechar o que a
introduzirem-se no foco. Daqui se vê,
que todas estas circumstancias concorrem po-
derosamente para que a abertura exter-
na não appareça senão passado longo tem-

po. Limitando-nos pois ás observações, que
se tem collecto a este respeito, somos por tan-
to obrigados a dizer que a maior parte das
fistulasegas terminão por se completarem,
mas negar inteiramente a existencia destas
fistulas é sair fóra do campo dos factos,
sobre que devem basear-se todas as the-
orias.

Como já dissemos, em região alguma se
observão tão annuadas veses fistulas, como
na região anal; esta circumstancia faria
admirar o Boatic, se elle previamente se
não tivesse preparado com o conhecimento
da anatomia desta parte, que lhe mos-

tra abundantemente provida de tecido cellu-
lar-gorduroso, frequente sede de abcessos,
que ordinariamente se convertem em tra-
jectos fistulosos.

— Anatomia do anus —

O anus é uma abertura destinada
a dar passagem aos excrementos; e he assim
chamada em virtude da sua forma qua-
si circular. Esta abertura, situada no in-
tervallo das nadezas a uma pollegada pouco
mais ou menos adiante do coccix, he for-

8

mada pela extremidade inferior do recto, cuja membrana mucosa se continua neste ponto com a pelle. He esta abertura a terminação inferior do canal digestivo. Seus bordos, quasi completamente musculosos e ordinariamente apressados, representam um especie de fundo dirigido de diante para traz, e tornam-se circulares quando são distendidos.

A pelle, que os cobre, é a delgada; mais rosada que a das partes vizinhas, humedecida por um liquido mucoso que fornecem os folliculos situados na sua espessura; e é guarnecida por um maior ou menor numero de pelos; á medida que elle se dirige para o interior do anus, vai mudando insensivelmente e tomando todos os ca-

racteres da membrana mucosa. Nota-se
nos tegumentos da margem do anus uma serie
de dobras em forma de raios, que são depen-
dentes da contracção das fibras musculares sub-
jacentes, e que chegam mesmo a desaparecerem
pela sua distensão.

Entre os musculos do perineo ha tres que
pertencem mais particularmente a es-
tremidade inferior do recto: são os dois
sphincters e o elevador do anus.

O sphincter interno do anus occupa a
extremidade inferior do intestino recto;
está situado um pouco mais acima que
o orificio deste intestino. Internamen-
te está em relação com a membrana

9
mucosa e o plexo hemorrhoidal, e externamente é coberto pelas fibras longitudinaes do intestino e do sphincter externo.

O sphincter interno representa um pequeno anel ligeiramente ovalar, formado, para assim dizer, dum grupo de fibras circulares do intestino, que são em maior numero e mais reunidas na sua extremidade inferior, e que representam uma especie de relevo.

O sphincter externo é muito mais volumoso, e está collocado debaixo da pelle, da qual é separado, externamente, por uma grande quantidade de tecido cellulas gorduroso, que se introduz no in-

terstícios dos fascículos deste musculo, em quanto que, internamente, a camada celular que une ao musculo a membrana tegumentar, offerece muito pouca espessura.

Este musculo é composto de duas columnas ou fascículos semi-ellipticos, passando um á direita, outro á esquerda do anus, e olhando-se pela sua concavidade. Estes fascículos nascem, posteriormente, de um tecido celular-fibroso que lhes fica subjacente; encruçam-se um com o outro adiante do coccix, dirigem-se depois para diante, separam-se para contornar o anus e terminão do modo seguinte: uma porção prolonga-

da e reunida á do lado opposto estende-se até ao bulbo da uretra, e prende-se laxamente á aponeurose superficial do perineo; uma outra porção confunde-se com o transverso do perineo e o bulbo cavernoso, onde terminam algumas fibras; e uma ultima porção encruza-se adiante do anus com a do lado opposto. A parte externa deste musculo dá inserção a muitas fibras de terminação do elevador do anus.

Elevador do anus é um musculo par; reúne-se na linha mediana de do lado opposto, e fecha o ventre inferiormente da mesma maneira quasi como o diafragma o fecha superiormente: daqui provem a idea de alguns anatomicos lhe chamarem diafragma inferior. O septo, que o elevador forma, é concavo superiormente e convexo

inferiormente. Sua circumferencia exterior prende-se, quer mediate quer directamente por meio das aponevrosas, á face interna do pequeno bacio; daqui as suas fibras dirigem-se para baixo e para dentro na direcção da linha mediana; mas, como na linha mediana se encontram muitos orgaos, que communicão com o exterior (recto, vagina, uretra) as fibras dos elevadores terminão em volta destas partes, unindo-se umas ás outras no seu intervallo e por detraz do recto.

Formada pois uma idea geral dos elevadores do anus, passaremos a indiciar mais exactamente as origens e terminações destes musculos.

A origem das fibras as mais anteriores tem lugar na face posterior do pubis; as fibras as mais posteriores na face interna da espinha

11
ischiatica; entre estes dois pontos oppostos as fibras
do elevador nascem no intervalo da aponevro-
se superior e da aponevrose media do perineo.
Sua terminação tem lugar, pelas fibras poste-
riores, na linha mediana entre o recto e o coc-
cyx; um pouco mais adiante, as fibras do eleva-
dor terminam na prostata, e algumas circum-
dão a porção membranosa da urethra.

As arterias do anus são pouco volumosas;
chamam-se hemorrhoidaes inferiores. Deni-
guam-se tambem a si em alguns pequenos ca-
mos fornecidos pela arteria vergonhosa este-
na de pois da sua passagem atravez da peque-
na chanfradura ischiatica. A arteria ischi-
atica dá tambem alguns ramos para o anus.

As veias são mais importantes. He neste ponto que tem lugar a anastomose do systemo da veia-porta com o systema venoso geral, pelo ramo proveniente, para o systema venoso abdominal, da veia mesenterica inferior, e, para o systema venoso geral, de algumas divisões das veias vergontuosas, ischiaticas e hemorrhoidaes medias. Estas veias dao origem a um pleco que se chama hemorrhoidal. Está situado entre a membrana mucosa e o musculo sphincter interno.

Os vasos lymphaticos da parte externa do anus vão terminas nos ganglios da virilha; por isso não é raro vêr estes ganglios tor-

narem-se tumefactos em certas doenças do anus.
Os lymphaticos mais profundos terminam nos
ganglios da bacia.

Os nervos do anus vem directamente
dos ultimos pares sagrados; alguns são fornece-
dos pelo plexo hypogastrico.

— Etologia —

Aqua ordem de causas podemos attribuir a
existencia das fistulas do anus: umas predia-

prontes, outras determinantes.

Causas predisponentes = Disposição anatomica da região, as frequentes accumulações de materias es-
trecorae endurecidas; o aperto spasmodico do
sphincter do anus; o fleimões, as hemorroides;
o parto difficil, as dysenterias prolongadas.
Ho tambem quem temhe julgado que as
fistulas do anus são multiplicadas vezes
symptomaticas da phthisica pulmonar;
mas observações existem, que mostram estas
duas molestias simplesmente coincidentes e
sem influencia alguma reciproca.

Causas determinantes = O abcesso, a perforação do recto;
todas as feridas da margem do anus.

— Diagnostico —

O diagnostico das fistulas do anus é muito simples; porém não é muito facil reconhecer a especie de fistula.

Os symptomas das fistulas completas do anus podem dividir-se em duas series: uma, que trata do que se podem colher pela simples inspecção; e outra, do que se podem obter lançando mão d'algum instrumento.

Primeira serie = A existencia d'uma abertura accidental no tegumento da margem do

anus, pela qual sahe habitualmente um corri-
mento de pus varioso, misturado algumas ve-
zes de maior ou menor quantidade de mate-
rias estercoraceas diluidas; a sahida por esta
mesma abertura de gases com ou sem ruido,
ou de vermes lombricoides ou ascarides; tu-
do isto faz crer ao Practico que ha uma
fistula completa do anus; porem, se qui-
zer fazer um diagnostico mais seguro, son-
dar-se ha o canal fistuloso com um sty-
lete rombo ou de botao.

Segunda serie = Depois de ter previamente
despejado o intestino (o que pode conseguir-
se por meio d'um chyster) e untado o de-
do indicador esquerdo em oleo de amendoa

144
as dozes em Paracetonas, e tendo collocado o indicador convenientemente, o Pratico introduz no recto o dedo; depois, armado do stylete na mão direita, introduz este na fistula pela sua abertura externa, e imprime elle brandos movimentos até conseguir que atravesse a abertura interna da fistula e toque o dedo, que se achá introduzido no recto; conseguido o que, certifica o diagnóstico.

Se houver mais que uma abertura externa, deverá o Pratico introduzir o stylete por cada uma destas aberturas para se certificar se todas tem ou não uma abertura interna commun; se porém houver difficuldade em son-

dar o canal fistuloso, porque a sua abertura interna seja muito estreita, deve-se injectar, alguns dias antes, agua tephida, para que ella se preste a dilatacao, e de assim mais facilmente passagem a estremitade do stylete.

As fistulas cegas, ^{internas} conhecem-se pelo incommodo, que o doente soffre, quando defeca, e mesmo por vir uma porcao de fezes misturada com as materias fecaes, revela-as alem disto um tumor mais ou menos volumoso na margem do anus, o qual, comprimindo-se, torna-se mais pequeno em razao de ter passado uma parte da materia contida para a cavidade do recto, e, introduzida.

do-se o dedo no intestino, sentem-se algumas desigualdades involutas, ou uma depressão, que indicão o lugar da abertura.

As fistulas cegas externas conhecem-se pelas não mistura de pus, que segrega com as materias feccas; pela ausencia das desigualdades ou depressão sobreditas, e pela não penetração da extremidade do stylete para a parte interna do recto.

Cortas fistulas do anus proximas do perineo poderião ser confundidas com fistulas urinarias; por em facile o seu diagnostico: apun conhecem-se pelo aspecto das aberturas, que saem

Forma do anus de galinha quando com-
municão com a uretra ou bexiga, es-
treita e não rugada; pela direcção da
nodosidade formada pelo conducto
fistuloso, que se dirige, n'um caso,
para diante na direcção das vias uri-
narias, e, n'outro, para o intestino;
pela natureza das materias foene-
cidas pela solução de continuidade;
finalmente pela particularidade de
que o individuo affectado de fistula
uretraes não ao mesmo tempo affectado
de difficuldade de urinar, e de que,
todas as vezes que urina, a fistula
humedece-se e deixa sair algu-
mas gottas de liquido, e ao mesmo

tempo se faz sentir na parte uma sensação de calor, produzida pela impressão irritante da urina; circumstancias que se não dão nas fistulas do anus

— Anatomia pathologica —

As fistulas completas communicam, como já disse, com o recto e com o exterior; apresentam por consequencia dois orificios. O orificio externo he muitas vezes unico, e communica com um só orificio interno: e a fistula a mais simples. As acontecem porém sempre assim: existem

às vezes no exterior muito orifício e muitos trajectos,
que todos vão terminar n'um orifício intestinal
commum. Em certos casos, as aberturas exte-
rias estão de tal modo aproximadas, que a pelle
apresenta o aspecto d'um orifício. Orifício in-
terno raras vezes é multiplo.

Pode existir mais do que uma fistula no
mesmo individuo, uma de cada lado, por ex-
emplo.

Orifício interno das fistulas do anus he ordina-
riamente mole, e como se fosse dilacerado; ra-
ras vezes se encontra duro e calloso.

Orifício interno não tem sede precisa e
determinada; e as experiencias feitas a este
respeito mostram isto mesmo: assim, umas

14

Fistulas tem a sua abertura na pelle logo a' entrada do anus; o maior numero dellas tem o seu orificio interno entre o dois annéis formado pelo sphincter ou pela membrana mucosa; outras finalmente abrem-se a alguma distancia mais acima.

O trajecto das fistulas do anus é tambem muito variavel: umas vezes, tendo a sua origem no interior do recto, desce entre a mucosa e o sphincter interno; chegando que seja a' parte inferior deste musculo, caminha entre o sphincter externo e a pelle; outras vezes, a fistula passa atavez das fibras do sphincter interno, desce entre este musculo e as fibras longitudinaes do recto.

* caminha para a parte inferior do sphincter externo, atravessa as fibras deste musculo e vai abrir-se na pelle a maior ou menor distancia do orificio do recto.

Em alguns casos o tecido, atravez do qual passa a fistula, são de tal modo alterados e confusos, que he quasi impossivel de determinar o seu trajecto. As fistulas em vez de seguirem um trajecto regular, são muitas vezes sinuosas; não é raro vêr uma fistula do lado esquerdo caminhar para o lado direito; e outras vezes uma fistula, cujo orificio é anterior, abre-se posteriormente. Em alguns casos, encontram-se alli mucosidades mais ou menos abundantes, e em outros, existem collec-

18

ões purulentas nas extremidades dos tractos
Fistulosos.

O tracto das fistulas de um e tapetado por
uma membrana de nova formação, lisa
e muito delgada; os tecidos ambiente não pa-
recem alterados em algumas circumstancias,
n'outras, pelo contrario, ha denudações da
pele.

Quasi todas as fistulas antigas são cercadas,
principalmente no orificio externo, de tecidos
cellulo-fibrosos, duros, mais ou me-
nos profundos, quasi indolentes a que se
dá o nome de callosidades.

A medida que as fistulas se multiplicam,
as callosidades augmentam, adquirem

maior dureza e chegam a formar uma massa
tão irregular, dura e volumosa, que podem
a-hians confundir á primeira vista com
um tumor schirroso, sendo sobejante
que as callosidades desta especie terminam
quasi sempre com muita facilidade pela
resolução, logo que as fistulas do anus en-
traem em via de cura.

Diagnostico

As fistulas do anus não são molestias
graves; muito raras vezes compromettem
a vida dos doentes, porém causam um in-

commodo tão consideravel aos doentes que obriga a procurar a cura.

A operação é sem duvida o meio mais inefficaz que a arte propoe; e he a elle que somos a maior parte das vezes obrigados a recorrer para livrarmos os doentes desta asquerosa e incommode moléstia. Poucas são, na verdade, as que se curão sem este meio therapeutico; outras existem, cujo tratamento a prudencia exige, se não tente.

A arte propoe differentes exemplos de cicatrizaçãõ espontanea das fistulas do Anus, havendo somente o cuidado de as conservar largamente abertas no exterior, prescrevendo repouso ao doente, e fa-

rendo-lha, guardas uma posição horizontal;
porém, todas as que tem cedido a meior ta
simples, são amplas, curtas e recentes, e
entretidas muitas vezes por uma cause
syphilitica. Petit viu muitas cura-
rem-se pelo simples emprego do Mercurio.

Boal encontrou uma, que se manifes-
tou em consequencia da ressecção de
um fluxo hemorragico, e que desappa-
receu com o uso d'um forte decocto de
salsaparilha.

Affirma-se, como já dissemos, que
a prudencia manda se não operem, ta-
es como as consecutivas á phthisica pul-
monar, e todas aquellas que dependem de
uma disposição geral da economia,

25

sendo ^{im}prudente e até perigoso o tentarmos curá-las; por que,
ainda que não causásemos a morte ao doente, podi-
am estar ficando expostos a moléstias mais graves.

Heister cita o caso d'um homem, que experimenta-
va ataques de gôlta, todas as vezes que uma fistula do
anus se parava de suppurar; e viu as dores arthriticas
desapparecerem logo que a suppuracão se manifesta-
va. Richter fallou d'uma outra pessoa, que foi
atacada de amarello, depois da operacão da fistula
do anus.

Quasi todas as fistulas do anus são susceptíveis de se-
rem operadas com successo; já porém não podemos dizer
daquelle, que se dá em individuos muito debéis, ca-
chéticos e affectados de phlegmasias chronicas, que

não poderião supportar a dor, (ainda que fuganea) da
operação; ou n'aquelles em que seria de receiar que
a cura do fistula se tornasse uma causa sangmento
na intensidade da affecção interna. E' preciso, n'es-
te caso, limitar-nos ao cuidado de limpeza, prescre-
ver um regime conveniente, e remediar as irritações
que de tempos a tempos podem ter lugar na fistula.

Este tratamento hygienico não cura, é verdade,
a doença, mas basta para diminuir o incommodo
que arrasta consigo, prevenir o seu progresso e mo-
dificar a de modo, que nenhuma influencia exerça
no organismo.

Se a operação he feita nas circumstancias fimen-
tas, que acabamos de apontar, tem-se a receiar uma
recabida ou cura inefficaz e incompleta, que se dá
quando o organismo se achá deteriorado. He re-

alimento a esperança de recuperar uma saúde perfeita que decide o doente a soffrer operações as mais dolorosas; e como dar-lhe esta esperança, quando o mal já tem raizes por toda a parte?

— Tratamento —

Nada haveria mais fácil, que o tratamento das fistulas do anus, se não tivéssemos em vista as circumstancias aggravantes, de que se podem acompanhar; mas isto seria faltar ao deveres de um Doctor, porque toda a molestia por mais

simples que seja, impõe-lhe a obrigação de se in-
formar de todas as suas relações; assim elle ob-
serva' investigar se a fistula localmente mesmo é
simples ou complicada; se o doente, antes que es-
ta lhe appareça, padecia alguma molestia re-
lata a qual influencia esse apparecimento; e final-
mente se o estado geral do doente promette a exe-
cução da operação, por quanto exemplos ha, em
que a cura desta molestia despartou affecções ma-
is graves que ella; outros, em que tal cura tem
provocado a reincidencia de molestias anteauctas,
e outros finalmente, em que para nada apro-
veitou a operação.

Indicada a cura, tem-se proposto mui-
tos methodos para a obter; dos quaes os seguin-

tes são os principaes: a compressão, as injecções,
a cauterisação, a excisão, a ligadura e a inci-
são: porém de todos os methodos o preferivel,
em geral, he em quanto a nós, a incisão.

— Compressão —

Este Methodo consiste em introduzir no recto
corpo, que faça comque a abertura interna
da fistula seja obliterada, e sejam destruidas
as callosidades, que em volta desta abertura se
tentão formando.

Diz M. Moutain que curou muitas
fistulas por meio d'um instrumento com —

profundo, que tenha o seu ponto de apoio no quadril.

Este methodo porém, para que possa ter lugar e obter-se alguma vantagem da compressão, é preciso que ella applique exacta e uniformemente umas isenstras as superficies descolladas e que haja um ponto de apoio solido e fixo: esta condição é quasi impossivel de realisar.

Este meio de cura tem calhados em poucos, porque não tem aproveitado nem em casos de fraturas recentes e nem profundas; e ainda mesmo nestes casos tem fallhado as mais das vezes: assim a compressão é um meio de cura, geralmente, insufficiente.

— Injecção —

Este Methodo consiste em levar a todo o canal fistuloso liquido estimulante com o fim de inflammá-lo toda a superficie, e assim fazer com que se elle oblitere completamente.

Tem-se empregado para fazer estas injecções vinho com mel, decocto de cevada com sulfato de zinco, de ferro, de cobre, etc.

Dioniz refere que, na epocha em que Luiz 14 foi affectado de fistula do anus, muitos doentes eram tratados com injecções d'agua sulfureas, mas sem que obtivessem remediação alguma; vindo este mais por consequencia a ser inteiramente banido.

Mr. Clay propoz as injectões de tinctura de
iode puro, que a principio foram bem recebi-
das, porque curavam as fistulas em pouco tem-
po; por em tambem em pouco tempo re vi-
ão os doentes novamente affectados da moler-
tia.

Como este meio fallha muitas vezes,
e alem disto causasse grandes dores e produ-
zisse desordem, que a prudencia manda e-
vitar, e' por isso que, com raras, foi bandido
da pratica.

— Cantherização —

Este methodo data da mais remota antiquidade, pois que Hippocrates e a maior parte dos A. A. gregos e latinos fazem menção delle.

Este methodo, aconselhado por Hippocrates e muito recommendado por Dionis, consiste em enfiar a fistula com um fio untado de uma substancia caustica, ou em consumir pouco a pouco com troiscos escaróticos todo o tecido comprehendido entre a fistula e o recto, e a porção deste intestino correspondente ao trajecto fistuloso.

Tambem se chegou a propôr a abrir a

fistula com um instrumento em brasa.

Este methodo curativo das fistulas do anus foi abandonado, não porque elle não possa procurar a cura, mas porque é longo e mui doloroso, e porque pode dar lugar a accidentes graves, v. gr. inflammacoes abdominaes perigosas, convulsões, e a perda de substancia dos sphincterz.

Circisão

Este Methodo, indicado por Celso e muito seguido antes de Denault, para se executar, introduz-se um fio flexivel de prata pela fistula, busca-se a extremidade do fio na abertura interna deste, e traz-se para fora pela parte interna do recto; reunindo-se as suas duas extremidades, cortam-se com um bisturi todos os tecidos que se achão comprehendidos no arco formado pelo fio metalleo.

Causava-se deste modo uma grande perda de tecido, occasionavam-se dores violentas, graves hemorragias, uma suppuração copiosa,

e sempre um extremo aperto do anuz, resultando do desperdicio de substancias que esta abertura experimentava.

Operação tão cruel e perigosa achase hoje totalmente proscripta.

— Sigaduna —

Este methodo descripto por Hippocrates (de fistulis) executa-se por meio d'um fio de chumbo ou prata, do qual se introduz uma das extremidades pela abertura externa da

pitula, e depois com o dedo indicador da mão esquerda.
busca-se esta mesma extremidade na abertura inter-
na, e extrah-se por dentro do recto; reunindo as du-
as extremidades, torcem-se uma sobre a outra de
maneira, que fiquem alguma coisa comprimidas
o tecido na ara do fio, e envolvem-se em uma
compressa as duas extremidades deste.

Apim executada a operação, o Pratico não
tem mais a fazer, que vigiar um dia por outro o do-
ente para continuar a torção, se achar o fio algu-
ma coisa laxo.

Orá a presença dum corpo estranho (fio me-
tallico) e o aperto, que se imprime no tecido pela
torção, fazem com que estes se vão cortando e
cicatrizando o que fica posterior ao fio a ponto
de que, quando este chega a cair, o doente se

acho livre da molestia e completamente sar.

Demante, quando a abertura interna do canal fistuloso se achava muito acima de sorte que não podia ser transpassado pelo fio, ou quando a fistula era cega exterior, perfurava o intestino com um trocatis, servia-se da canula para ^{introduzir} o fio metallic; no caso de não poder extrahir-se com o dedo indicador da mão esquerda, empregava uma pinça, que depois de fechada figurava um gorgoreto semelhante a quello que usava na incisão, provida duma fenda onde era introduzido o fio e traziado para fóra.

He este um dos methodos, que na verdade se pode quasi pôr a par daquelle, que os

24
maior parte do Braticos hoje preferem; porque
convenem no individuo pusillanimos e permit-
te-lhes ao mesmo tempo o seu exercicio habita-
aes; porem em quantos o operador o tegu-
mentos operam-se de uma tal maneira ao fi-
nal da operacao, que o obriga, em razas das do-
res que soffrem, a pedirem a incisao delle;
e aquelles, a quem a pusillanimidade nao
permittre tal recurso, tem de obter aquella ter-
minacao a preço de vehementissimos soffri-
mentos.

— Incisao —

Este Methodo consiste em cortar todos os tecidos

comprehendidos entre o canal fistuloso e a cavidade do recto de maneira, que fiquem confundidos em um só canal o dois, que até então existiam (natural e accidental), para o que temos dois processos a seguir.

Para a execução da operação tem o Prático de preparar, primeiro que tudo, os differentes appparelhos que lhe hão de ser precisos: assim tem de dispor o appparelho instrumental, que deve constar d'uma sonda canula, d'um bisturi e d'um gorgheito de pau; depois o appparelho hemostatico, que consiste em meios proprios para fazer parar qualquer hemorrhagia, que possa apparecer durante a operação; e finalmente o appparelho de curativo, que consta de

uma mecha de fio untada em ceroto, comprida,
e uma ligadura em I.

Depois de promptos os apparelhos, o operador
prepara a collocar o doente na seguinte posi-
ção: o doente deve estar collocado no bordo de
uma cama, conservando uma posição similhan-
te áquelle que se segue quando se applica
um chyster; dois ajudantes devem estar pre-
sentes, sendo um collocado á direita e outro
á esquerda do doente, os quaes terão a seu cargo
affastar convenientemente as nadegas, affas-
tadas as quaes, o operador se a^{que} fazer a mano-
bra operatoria.

Introduz primeiramente a sonda
camula no canal fistuloso até que a extremida-

de chegue a tocar a parte interna do recto, (o que se conhece introduzindo no intestino o dedo indicador da mão esquerda) e por este o gorgereito; confia depois a sonda a um dos ajudantes, e armado do bisturi na mão direita corre a ponta deste pelo sulco daquelle, e inclina o corte do bisturi para o gorgereito cortando sem sigor os tecidos comprehendidos entre um e outro (sonda e gorgereito); entrega o instrumento cortante, pega da sonda e tira a unida na sua parte superior ao gorgereito, assegurando-se desta sorte, de que ficarão cortados todos os tecidos.

10
Éis aqui descrita a execução dum processo, cuja engenhosa invenção devemos a Desault.

Larrey inventou um outro processo que na essencia e' o mesmo, mas na pratica faz que se prescindia do gorgereito; a sonda deve ser de prata recusada, com a extremidade em forma de stylete redondo: introduz-se este no canal fistuloso ate chegar ao recto, puxa-se a extremidade para fora por dentro do intestino com o dedo indicador da mao esquerda, e com o bisturi corre-se a goteira da sonda, cortando deste modo todos os tecidos da mesma sorte que no processo de Desault.

Nao ha, como se vê, notavel differença; todavia, quando a fistula vai dar a um ponto mais elevado do intestino, a accão de enervar a sonda para fora e' mais dolorosa

pela compressão de maior somma de tecido.

Proceder-se ha ainda da mesma maneira, quando se não achasse o orificio interno da fistula; assim a sonda sendo apoiada contra o gorgareto, separada delle pela parede intestinal, um bisturi a perfuraria; ou bem uma sonda um pouco ponta-aguda atravesaria esta mesma parede para depois se apoiar immediatamente no gorgareto. (Roux).

Quando a fistula e' simples, esta simples incisão basta; quando porém ha muitos tractos acabando n'um orificio commun, cortam-se todos successivamente; e se a pelle que os separa, e' adelgada, descollada ou atterada,

recisa-se.

Algumas vezes o tracto fistuloso é tão estreito, que a sonda não pode atravessá-lo; Boyer recomenda nestes casos fazer algumas injeções com agua tephida a fim de o tornar mais dilatado.

Finalmente podem existir muitas fistulas no mesmo individuo; devem cortar-se umas de pois das outras em muito tempo (Amussat), ou, se estiverem perto, reunem-se n'uma só, dividindo o septo que as separa, e cortar-se n'um segundo tempo o recto (Jobert).

Ficte pois a operação pelo methodo da incisão, propriamente curativo da ferida, que consiste na introdução d'um mecha de fio

em uma simples tira de ~~passo~~ ^{passo} untado em
esôto entre o bordo da ferida, a fim de preve-
nir a sua união de fora para dentro, e con-
sequentemente a reprodução da fistula.

Esta Mecha untada de pommo deve renovar-
se todos os dias até a completa cura da ferida; po-
rém a sua introdução convém ser de dentro
para fora, isto é, primeiro no recto, e depois
entre os labios da ferida, para que a cicatriza-
ção se faça de dentro para fora; e he a es-
ta ~~de~~ ^{segundo} ~~segundo~~ ^{segundo} as observações clinicas, que
se deve o bom êxito da operação.

Na verdade, Boyer, Richerand, e outros
tem visto muitas fistulas do anus reproduzi-
rem-se pelo simples êxito de não in-
troduzirem uma mecha de fio entre os

labios da ferida, porque a cicatrização começa do então de fora para dentro, deixa aberto o orificio interno da fistula. Além disto a introdução da mecha traz consigo uma outra vantagem, qual a de conservar no labio della certo grau d'inflamação indispensavel para a sua reunião.

Introduzida pois a mecha, cobre-se com uma compressa, e applica-se-lhe por cima uma ligadura, aquella de já fallamos.

Demoeprario é demonstrar a excellencia da incisão; pois que sufficiente-mente se acha conhecida pela insufficiencia e desabono de todos os outros meios inventa-

dos para curar esta enfermidade: entretan-
to, se se duvidar, bastaria lançar o olho pa-
ra a rapidez, promptidão e facilidade com
que se faz a operação por este methodo em
qualquer circumstancia do estado local da
fistula, e para os poucos accidentes de que
he acompanhada.

Assim, na operação da fistula do anus pelo
methodo da incisão, se encontrarão reunidas o mai-
or numero de condições necessarias para o bom
sucesso da operação; e por isso este metho-
do é preferivel a todos os outros.

Proposições.

1.^a

O tratamento dos aneurismas poplíteos a laqueação he preferivel á compressão digital.

2.^a

A acção da saliva não he puramente mecnica.

3.^a

O chloroformio he de grande utilidade na redução das luxações.

4.^a

A etyologia he de grande importancia para a therapeutica

5.^a

A presença de glóbulo de gordura nas fezes he signal de disfunção funcional do pancreas

6.^a

A rupture da bolsa das aguas he o unico meio infallivel de provocar o aborto.