

1
c. 182

VI | 8 EMC

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

Presidente = O Ilmo. Sr. Dr. José Fructoso Ayres
de Gouveia Adorio

Ilmo. Sr.

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

No

Distinto Presidente

O Ill.^{mo} Sr. D. José Fructoso Aguiar de Gouveia Pereira,

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 Medica Cirurgica do Porto, etc.

Offerece

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

O Auctor.

5

So Mustrado Jerry

implora protecao

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 differentes causas. Nestas entra as alterações dos ossos da bacia, das partes constituintes da parede inferior da cavidade abdominal, dos organos genito-urinario, e da porção inferior do intestino recto; são as dependentes desta ultima alteração, bem como das partes circumvisinhas, 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
regas externas, quando a abertura é praticada no
tegumento da Margem do Anus; e regas 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. antigo e moderno, que se tem occupado
desta materia; porém já assim não acontece com
a segunda divisão, a das fistulas incompletas, que
são regas externas quer regas internas.

Saunders, Sabatier, Larrey e outros negam a exis-
tencia das fistulas regas externas, fundando-se

5
Mas suas (mal arquivadas) observações, que lhe mos-
traram que, sempre que houvesse uma fistula cega
externa, esta era dependente duma perforação do in-
testino; e das, como signal infallivel d'uma perfora-
ção, o cheiro fetido e privativo das materias intesti-
naes. Sinto apim se depe, rasoa e se forço-
so fôr admitir esta opinião; mas é justamente
a fallibilidade deste signal que outros M.D. de-
monstrarão evidentemente.

Pode existir, e existe de facto o cheiro fetido no
productor das fístulas fistulas, sem que exista a
comunicação.

Pott, Boyer, Despau e outros estudaram
muito bem este assunto e mostraram por factos
e experiencias muito exactas a existencia de tais fis-

tulas. Observando individuos, que soffriam destas moléstias, e que por differentes incidentes morreram, verificaram pela autopsia que o cheiro fetido, que na opinião de Foubert constitua o signal infallivel da perforação do intestino, se dava com as fistulas reguexternas.

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

la completa; porque quanto mais comide e a el
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 e externas são
dum outro orden: o maior numero de
Praticos sustentam que quando existe uma
perforação do recto, as materias intestinaes 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: e aqui 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 rede 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 nem ao passo do longo tem-

po. Limitando-nos pois ás observações, que se tem colhido a este respeito, somos por tanto obrigados a dizer que a maior parte das fistulas regas terminam por se completarem, mas nega inteiramente a existência destas fistulas e' sahi' fóra do campo dos factos, sobre que devem basear-se todas as theorias.

Como já dissemos, em região alguma se observa tão amindadas vvas fistulas, como na região anal; esta circumstancia faria admirar o Doctôr, se elle previamente se não tivesse preparado com o conhecimento da anatomia desta parte, que chamamos

tra abundantemente provida de tecido cellu-
lar-gorduroso, frequente sede de abscessos,
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 occip, 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 apertados, representam uma especie de fundo dirigido de diante para traz, e tornam-se circulares quando são distendidos.

A pelle, que os cobre, é a delgada, e mais rosada que a das partes vizinhas, humedecida por um liquido mucoso que fornece 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-

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

Entre os musculos do perineo ha tres que pertencem mais particularmente a extremidade 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. Internamente 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 pele, da qual é separado, externamente, por uma grande quantidade de tecido cellulo-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 termina 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; renhe-se na linha mediana do lado opposto, e fecha o ventre inferiormente da mesma maneira quasi como o diafragma o fecha superiormente: daqui provio a idea de alguns anatomicos lhe chamarem diafragma inferior. Oposito, que o elevador forma, é concavo superiormente e convexo

inferiormente. A sua circumferencia exterior prende-se, quer mediate quer directamente por meio dos aponeuroses, á face interna do pequeno bacia, daqui as suas fibras dirigem-se para baixo e para dentro na direcção da linha mediana; mas, como na linha mediana se encontram muitos órgãos, que communicam com o exterior (recto, vagina, uretra) as fibras dos elevadores terminam em volta destas partes, unindo-se umas ás outras no seu intervallo e por detrás do recto.

Tornada pois uma idea geral dos elevadores do anus, proporemos a indicar 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 elevator nascem no intervalo da aponeurose
superior e da aponeurose media do perineo.
Sua terminação tem lugar, pelas fibras poste-
riores, na linha mediana entre o recto e o coc-
cix; 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 sao poucas volumosas,
chamam-se hemorrhoidaes inferiores. Desi-
gnam-se tambem ainda alguns pequenos ca-
mos fornecidos pela arteria horizontal a esta-
na depois da sua passagem atravez da peque-
na chanfradura ischiatica. A arteria ischi-
atica da 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 plexo 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 hémefactos em certas doenças do anus.
 O lymphatico mais profundo termina no
 ganglio da bacia.

Os nervos do anus vem directamente
 do ultimo par de sagrado; alguns são forneci-
 dos pelo plexo hypogastrico.

— Etologia —

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

ponentes, outras determinantes.

Causas predisponentes. = Disposicao anatomica da regio, as frequentes accumulacoes de materias es-
tercoraes endurecidas; o aperto spasmodico do
sphincter do anus; o fleimae, as hemorrhoi-
das; o parto difficil, as dysenterias prolongadas.
Ho tambem quem temhe julgado que as
fistulas do anus sao multiplicadas por
sympomaticas da phthisica pulmonar;
mas observacoes existem, que mostram estas
duas molestias simplesmente coincidentes e
sem influencia alguma reciproca.

Causas determinantes = O abcesso, a perforacao do recto,
e 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 juiz variado, misturado algumas ve-
zes de maior ou menor quantidade de mate-
rias estercoreas diluidas; a sahida por esta
mesma abertura de gases com ou sem ruído,
ou de vermes lombricoides ou ascariides; tu-
do isto faz crer ao Practico que ha uma
fistula completa do anus; porem, se qui-
zer fazer um diagnostico mais seguro, con-
star-se ha o canal fistuloso com um sty-
lete rombo ou de botao.

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

as dozes em Paracetonas, e tendo colhido o indivíduo convenientemente, o Prático introduz no recto o dedo; depois, armado do stylete na mão direita, introduz este na fistula pela sua abertura externa, e imprime-lhe brandos movimentos até conseguir que atravesse a abertura interna da fistula e toque o dedo, que se achava introduzido no recto; conseguido o que, certifica o diagnóstico.

Se houver mais que uma abertura externa deverá o Prático 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 extremidade do stylete.

As fistulas cegas, ^{intimas} 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, comprimido-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 pela 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.

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

Forma do anus de galinha quando com-
municão com a uretra ou bexiga, es-
treita e não rugada; pela direcção da
odoridade 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 os individuos affectados de fistula
uretraes são ao mesmo tempo affectados
de difficuldade de urinar, e de que
todas as vezes que urinao, 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. Devida pela impressão irritante da urina; circumstancias que se não dão nas fistulas do anus.

— Anatomia pathologica —

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

às vezes no exterior muitos orifícios e muitos trajectos, que todos vão terminar n'um orifício intestinal commun. Em certos casos, as aberturas estão nas costas de tal modo aproximadas, que a pelle apresenta o aspecto d'um crivo. Orifício interno raras vezes é multiplo.

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

Orifício interno das fistulas do anus he ordinariamente molle, e como se fosse dilacerado; raras vezes se encontra duro e calloso.

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

14

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

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

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

ões purulentas nas extremidades dos tractos fistulosos.

O tracto das fistulas de anus é tapetado por uma membrana de nova formação, lisa e muito delgada; os tecidos adjacentes não parecem alterados em algumas circumstancias, n'outras, pelo contrario, ha denudações da pelle.

Quasi todas as fistulas antigas são cercadas, principalmente no orificio externo, de tecido cellulo-fibroso, duro, mais ou menos profundo, quasi indolente 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
facilmente confundir a primeira vista com
um tumor schirroso, sendo sempre
que as callosidades desta especie terminam
quasi sempre com muita facilidade pela
resolução, logo que as fistulas do anus en-
tram 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 tao consideravel aos doentes que o ob-
riga a procurar a cura.

A operação é sem duvida o meio ma-
is efficaz que a arte propoe; e he a elle que
somos a maior parte das vezes obrigados a
recorrer para livrarmos o doente desta
azquerosa e incommode molestia. Pou-
cas são, na verdade, as que se curão sem
este meio therapeutic; outras existem, en-
jo tratamento a prudencia exige, se na-
tente.

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

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

Bogal encontrou umes, que se manifes-
tar em consequencia da resaccução de
um fluxo hemorrhagico, e que desappa-
recer com o uso d'um forte decocto de
salsaparilha.

Algunhas existem, como já dissemos, que
a providencia manda se não operem, taes
como as consecutivas á phthisica pul-
monar, e todas aquellas que dependem de
uma disposição geral da economia,

sendo ^{im}prudente e até perigoso o tentarmos curar as; por que,
ainda que não causarmos 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 via as dores arthriticas
desapparecerem logo que a suppuracão se manifesta-
va. Richter fallou d'uma outra pessoa, que foi
atacada de amarelleza, depois da operacão da fistula
do anus.

Quasi todas as fistulas do anus são susceptiveis de se-
rem operadas com successo; já assim não podemos dizer
daquelle, que se dá em individuos muito debéis, co-
héticos e affectados de phlegmasias chronicas, por

nao poderião supportar a dor, (ainda que pequena) da
operacao; 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
tes caso, limitar-nos ao cuidado de limpar, proce-
der um regime conveniente, e remediar as irritações
que de tempos a tempos podem ter lugar no fistula.

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

Se a operacao he feita nas circunstancias fima-
tas, que acabamos de apontar, temo a receiar uma
recabida ou cura inefficaz e incompleta, que se dá
quando o organismo se acha deteriorado. He re-

almente 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 dever de um Bratão, 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 indagar se a fistula localmente mesmo é
simples ou complicada; se o doente, antes que es-
ta lhe apparecesse, padecia alguma moléstia 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 moléstia despartou affecções ma-
is graves que ella; outros, em que tal cura tem
provocado a reincidencia de moléstias anteauctas,
e outros finalmente, em que para nada apro-
veitou a operação.

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

tes são os principaes: a compressão, as injeções, a cauterisação, a excisão, a ligadura e a incisão: 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 facia conique a abertura interna do fistula seja obliterada, e sejam destruidas as callosidades, que em volta desta abertura se tentão formando.

Diz M. Moirain que curou muitas fistulas por meio d'um instrumento com-

profundo, que tenha o seu ponto d'appio 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 as outras as superficies descolladas e que haja um ponto d'appio 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 injectões vinho com mel, decocta de eucalypto 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 injectões d'agua sulfureas, mas sem que obtivessem resultado algum; vindo este mais por consequencia a ser inteiramente banido.

M. Clay propoz as injectões de tinctura de iode puro, que a principio foram bem recebidas, porque curava as fistulas em pouco tempo; por em tambem em pouco tempo se vião os doentes novamente affectados da moléstia.

Como este meio fallha muitas vezes, e alem disto causasse grandes dores e produxisse diarrheia, que a prudencia manda evitar, e' por isso que, com raras, foi banido da pratica.

— Cantharização —

Este methodo data da mais remota antiguidade, 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 todos os tecidos comprehendidos entre a fistula e o recto, e a porção deste intestino correspondente ao tracto 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. g. inflammacoes abdominaes perigosas, convulsões, e a perda da substancia dos sphincters.

Cecisao

Este Methodo, indicado por Celso e muito seguido antes de Desault, 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 acham 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 substancia que esta abertura experimentava.

Operação tão cruel e perigosa achou-se 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 interna, e extrahê-se por dentro do recto; reunindo as duas 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 Prático não tem mais o fazer que vigiar um dia por outro o doente para continuar a torção, se achar o fio alguma coisa laxo.

Éra a presença dum corpo estranho (fio metathico) 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.

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

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

maior parte dos Braticos hoje preferem; porque
convenem nos individuos pusillanimes e permit-
te-lhes ao mesmo tempo o seu exercicio habita-
aes; porem em quantos o operador o tegu-
mentos offerecem-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 atenta-se espelir (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 gorgheiti de pau; depois o appparelho hemostatico, que consiste em meio proprio para fazer parar qualquer hemorrhagio, 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 appparelhos, 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 cystos; 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 corôla
camula no canal fistuloso até que a extremidade

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 lado 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 unidade na sua parte superior ao gorgereito, assegurando-se desta sorte, de que ficarão cortados todos os tecidos.

É 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 prescindindo 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 elle 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 ve, notavel differença; todavia, quando a fistula vai dar a um ponto mais elevado do intestino, a accão de encurvar a sonda para fora e' mais dolorosa

pela compressão de maior volume de tecido.

Proceder-se ha ainda da mesma maneira, quando se não achare 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 trajectos acabando n'um orificio commun, cortam-se todos successivamente; e se a pelle que os separa, e' adelgada, descollada ou alterada,

excessiva.

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 (Anagnost), 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).

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

em uma simples tira de ~~panno~~ 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 de panno 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 o labio da ferida, para que a cicatriza-
ção se faça de dentro para fora; e he a es-
ta ~~facilidade~~ segundo as observações clinicas, que
se deve o bom êxito da operação.

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

labios da ferida, porque a cicatrização começando 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 dellas certo grau d'inflamação indispensavel para a sua rejunção.

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

Demoestrar e demonstrar a excellencia da incisão; pois que sufficientemente se acha conhecida pela insufficiencia e desordem de todos os outros meios inventados.

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 encontram reunidas o maior
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 lesão funcional do pancreas.

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