

7075

190

109/8 EMC

N.º 8.

Arnaldo Pereira Leite

BREVES CONSIDERAÇÕES

SOBRE O

PROLAPSO RECTAL NA CRIANÇA

PATHOGENIA E TRATAMENTO MEDICO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO
TYPOGRAPHIA POPULAR

76, R. de Santo André, 78

1902

109/8 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

Dr. Antonio Joaquim de Moraes Caldas

LENTE SECRETARIO

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral.....	Carlos Alberto de Lima.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illidio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica extorna.....	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria..	Clemente J. dos Santos Pinto.
6. ^a Cadeira—Partos, doencas das mulheres de parto e dos recém-nascidos.....	Candido Augusto Correia de Pinho.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna.....	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica.....	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica.....	Roberto Bellarmino do Rosario Frias.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica.	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal.....	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, acmetologia e historia medica....	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
13. ^a Cadeira—Hygiene	João Lopes da Silva Martins Junior
Pharmacia.....	Nuno Freire Dias Salgueiro.

LENTES JUBILADOS

Secção medica.....	{ José d'Andrade Gramaxo. Dr. José Carlos Lopes.
Secção cirurgica.....	{ Pedro Augusto Dias. Dr. Agostinho Antonio do Souto

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	{ José Dias d'Almeida Junior José Alfredo Mendes de Magalhães
Secção cirurgica.....	{ Iuiz de Freitas Viegas. Vaga.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Vaga.
------------------------	-------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciatas nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 de abril de 1840, art. 155.).

A

MEUS PAES

Nunca esquecerei
a vossa dedicação.



À MEMORIA

DE

MEU AVÔ

Saudade infinda.



A MINHA TIA

Amelia Julia de Magalhães

Tendes sido para mim
uma verdadeira mãe.

A minhas irmãs

A MEUS IRMÃOS

Recebei um abraço do vosso

Arnaldo

A meus tios

Alberto Pereira Leite

e

D. Maria da Gloria Gomes Pereira Leite



A minhas primas

A MEU CUNHADO

José Maria Pereira

Ao meu amigo e mestre

Domingos Pereira

AOS MEUS CONDISCIPULOS

Aos meus contemporaneos

AOS MEUS COMPANHEIROS DE CASA

AOS MEUS AMIGOS

Dr. Mathias Alves Pinheiro

Dr. Danião Domingos Pereira da Silva

Dr. Durval da Motta Bello

Dr. Angelo Alves de Sousa Vaz

Dr. Guilherme Urbano da Costa Ribeiro

José de Magalhães Queiroz

Eduardo Fernandes Baptista Vieira

Dr. Abilio Areias

João Pinto Junior

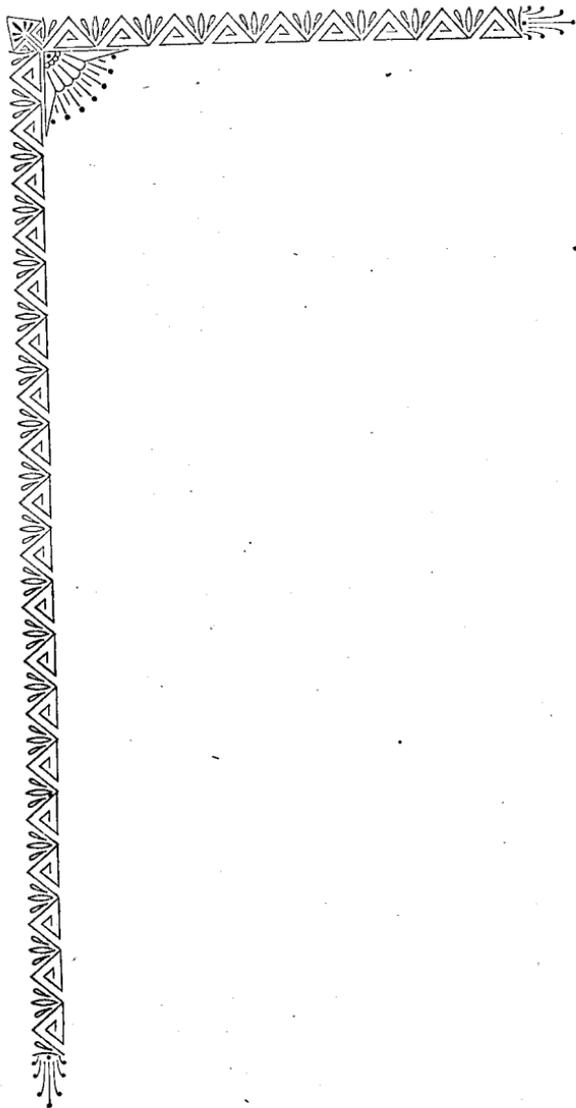
José Augusto Falcão d'Azevedo

Antonio Joaquim Pereira da Silva

Ao meu dig.^{mo} Presidente de these

o Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Clemente Joaquim dos Santos Pinto



INTRODUCCÃO

Completo e numerosos estudos teem sido feitos sobre o prolapso do recto. Não é portanto pretensão nossa o querer accrescentar alguma coisa de novo sobre esse mesmo assumpto.

Mas se a marcha da affecção, o estudo clinico e o manual operatorio das intervenções proprias a cada caso teem sido muito estudadas, ha uma parte d'este assumpto que tem sido, não direi posta completamente de parte, mas mais ou menos esquecida e collocada em segundo plano.

Quero-me referir ao *tratamento medico do prolapso do recto*, pois nas creanças este tratamento é capaz por si só de produzir a cura da maior parte, conhecendo-se a sua pathogenia.

O tratamento medico é então um tratamento ideal, é um tratamento pathogenico.

Tentarei portanto no decurso d'este modesto e insufficiente trabalho occupar-me especialmente da pathogenia do prolapso do recto e do tratamento pathogenico d'esta affecção.

Prolapso rectal na creança

DEFINIÇÃO

Por *prolapso rectal* entende-se a sahida d'uma porção maior ou menor de intestino pelo anus.

Nos casos mais simples, sómente a mucosa rectal faz hernia atravez do orificio, emquanto que nos casos mais complicados sae atravez do anus o recto com as suas tres tunicas.

A' primeira fórma chamam os auctores *prolapso parcial mucoso*, por opposição á segunda que chamam *prolapso completo ou invaginado*.

Esta segunda forma ainda admite uma subdivisão em prolapso rectal propriamente dito e prolapso recto-colico, segundo é só o recto ou o recto e o colon que se invaginam.

Por vezes encontra-se ainda n'esta forma um prolongamento peritoneal, o que de resto não deve surprehender-nos, pois sabemos que o peritoneo ao nivel das vesiculas seminaes se reflecte sobre a face anterior do recto á qual adhere intimamente, e se dirige obliquamente de baixo para cima sobre as faces lateraes, de modo que

a face posterior acha-se desprovida de serosa n'uma extensão maior que a face anterior.

E' pois evidente que a porção do recto, rodeada de peritoneo, não pode invaginar-se sem arrastar comsigo a membrana serosa que se encontra então na parte anterior do *tumor*, ao passo que na posterior não existe prolongamento peritoneal, salvo se o cylindro de invaginação fôr demasiado longo.

Ha ainda a notar hernias do intestino e constatou-se já uma hernia do ovario.

O prolapso completo ou invaginado é muito raro nas creanças e é muitas vezes irreductivel, emquanto que o prolapso parcial encontra-se vulgarmente; este é geralmente reductivel e muito benigno.

Pathogenia do prolapso

Condições anatomicas e physiologicas

Normalmente existe um equilibrio entre a solidez dos meios de fixação do recto e a importancia dos esforços que elle soffre. Uma vez rompido este equilibrio pode produzir-se o prolapso.

Certas condições physiologicas e anatomicas normaes são susceptiveis de por si só crear esta desproporção.

Em primeiro lugar, o recto tem uma tendencia natural a sahir para o exterior, pois que experimenta n'esse sentido um impulso consideravel no momento da defecação, impulso que varia segundo a frequencia e intensidade da defecação.

Por outro lado ha ainda a considerar a fixidez da mucosa rectal sobre a tunica muscular subjacente, fixidez maior ou menor segundo o tecido conjunctivo interposto entre as duas tunicas, é mais ou menos laxo. Ora, na creança, esse tecido conjunctivo é bastante laxo de modo que permite á mucosa deslizar mais ou menos sobre a tunica muscular, favorecendo assim, até certo ponto, o prolapso.

Além d'isso o recto é anatomicamente sustentado em baixo pelo pavimento perineal e suspenso pelo meso-recto.

Ora, na creança, o perineo e o meso-recto não teem a consistencia e solidez que se encontram no adulto bem constituido e essa falta de solidez tambem concorre para a formação do prolapso.

A estas condições anatomicas e physiologicas normaes podemos juntar a fraqueza dos esphincteres do anus.

Este relaxamento esphincteriano foi estudado por Duchaussoy mas nem todos os auctores o admittem. Assim, Comby, no seu tratado sobre doenças da infancia, não considera o relaxamento esphincteriano como normal nas creanças e diz que tal relaxamento, quando existe, é

uma manifestação local da fraqueza geral das creanças attingidas de prolapso rectal.

Porém, como já dissemos, Duchaussoy considera essa fraqueza esphincteriana como alguma coisa de particular e privativo ás proprias creanças normaes. Giraldés assignala ainda uma particularidade de bastante importancia na formação do prolapso rectal.

O sacro que no adulto apresenta uma concavidade anterior, na creança é rectilíneo, sendo o recto na creança relativamente mais consideravel que no adulto. N'estas condições, o esforço soffrido pelo recto no adulto é menor e esgota-se, pelo menos na maior parte, na concavidade sacro-coccygia, ao passo que na creança, não havendo tal concavidade, o esforço actua sobre o recto favorecendo o prolapso.

Taes são as condições anatomicas e physiologicas capazes de concorrer para a formação do prolapso rectal na creança.

Independentemente d'estas condições normaes outras ha anormaes, pathologicas, que são por certo mais importantes como causas de prolapso rectal.

Affecções respiratorias

As affecções respiratorias podem concorrer para a producção de prolapso rectal em virtude da tosse que provocam.

A tosse é um acto reflexo caracterizado, d'entre outros phenomenos, por uma expiração brusca e ruidosa: ora para que esta expiração se possa produzir é necessario que o diaphragma, que estava abaixado, suba bruscamente. Faz-se portanto um vazio na cavidade abdominal.

Então os musculos abdominaes, para compenstar este vazio formado não menos bruscamente que a expiração, fazem pressão sobre os orgãos abdominaes; esta pressão transmite-se aos orgãos pelvicos, d'onde resulta que os orgãos abdominaes, especialmente o intestino, tendem a sahir pelos logares que lhes offerecem menos resistencia, como são os ancis inguinaes, e umbilical, tendendo os orgãos pelvicos a sahir pelo orificio anal.

No primeiro caso formam-se hernias umbilicaes ou inguinaes, conforme a sahida se effectua pelo umbigo ou anel inguinal, no segundo formam-se prolapsoes. Mas nota-se que as hernias umbilicaes são mais communs do que os prolapsoes rectaes, apesar das condições anatomicas e physiologicas apontadas e anteriormente descriptas (sacro rectilineo, recto relativamente con-

sideravel, laxidão do tecido sub-mucoso, fraqueza esphincteriana).

Isto é devido a que o pavimento perineal, ainda que pouco solido, oppõe comtudo uma resistencia maior que a parede abdominal pois que segundo dizem alguns auctores, os aneis umbilical e inguinaes não são bem constituídos nas creanças.

Vimos qual o mechanismo porque a tosse pode produzir prolapsos rectaes. Precisamos acrescentar ainda que nos referimos especialmente á tosse espasmodica e violenta muito commum na coqueluche e adenopathia tracheo-bronchica, affecções vulgares nas creanças e que não deveriam passar despercebidas como causas susceptiveis de produzir prolapsos.

Occupar-nos-hemos agora do rachitismo, condição etiologica não menos importante e caracterisada por uma nutrição e uma evolução viciosas dos tecidos que concorrem para a ossificação. No rachitismo, as lesões tambem actuam sobre o tubo digestivo e todos conhecem perfectamente o consideravel desenvolvimento do ventre na maior parte dos rachiticos, especialmente nos primeiros periodos da sua evolução.

Este desenvolvimento do ventre não é devido á deformação da caixa thoracica nem ao recalçamento de diaphragma mas sim, pelo menos em grande parte, á dilatação do estomago e intestino. Com effeito, nos rachiticos, em consequencia dos vicios de alimentação, vicios causados pelas mães que os sobrecarregam

com alimentos, o estomago em virtude d'esta alimentação excessiva e consequentemente do accrescimo de trabalho fatiga-se, torna-se atonico, dilatando-se seguidamente. Com relação aos intestinos nem todos os auctores creem na sua dilatação, pois dizem alguns que elles não se dilatam mas sim que augmentam em comprimento.

Da somma d'estes dois factores resulta um augmento de pressão intra-abdominal.

Os musculos abdominaes fatigam-se dentro em pouco tempo, d'ahi um relaxamento da parede abdominal, uma verdadeira eventração e consequentemente a producção facil de hernias e prolapsos.

Duchaussoy affirma que, nos rachiticos, a producção de prolapsos é devida ao relaxamento do esphincter anal, relaxamento muito communmente observado nos rachiticos e devido á pouca resistencia das fibras musculares.

Perturbações digestivas

Todas as affecções consignadas precedentemente teem mais ou menos importancia na pathogenia dos prolapsos rectaes, mas ha um ou-

tro grupo de affecções que não devemos pôr de parte pois nos parece de uma importancia capital como causa de prolapsos. Referimo-nos ás perturbações digestivas muito vulgares nas creanças e que são frequentemente a causa de prolapsos.

A constipação é caracterizada por evacuações muito raras e por uma grande consistencia das materias fecaes.

Nas creanças de peito muitas causas concorrem para a sua producção. Entre ellas citaremos: o aleitamento artificial mal praticado, a ingestão precoce de substancias amylaceas e, em ultimo logar, uma predisposição congenita que consiste em algumas creanças de peito apresentarem o S. illiaco muito flexuoso e o colon achar-se mais ou menos dilatado, condições anatomicas estas que favorecem a constipação.

Na infancia, pode-se encontrar ainda esta predisposição congenita que existia na creanca de peito. Demais o regimen pode ser exclusivamente animal ou amylaceo; á creança podem faltar vegetaes e abusar de diversas especiarias; muitas vezes as circumstancias condemnam a creança a uma vida sedentaria, onde falta o exercicio physico, onde o trabalho intellectual é precoce e muitas vezes exagerado.

A vida sedentaria inhiibe a creança de satisfazer as necessidades da defecação no momento apropriado, d'ahi a irregularidade das dejecções que tem importancia extrema como causa predisponente de constipação.

Taes são as causas principaes e mais comuns da constipação.

Uma vez produzida a constipação e sendo nos constipados as materias fecaes muito consistentes e desprovidas de muco, a creança é obrigada a empregar esforços consideraveis no momento da defecação, para assim impellir o bólo fecal, que em virtude da sua consistencia e da falta de muco lubrificador, não pode deslizar sobre a mucosa rectal. Esta é portanto arrastada ante o bólo fecal produzindo-se então o prolapso mucoso do recto.

Accrescentaremos ainda uma noção etiologica que não deve esquecer: é a atonia do intestino. E' sabido que nos individuos attingidos de constipação e não tratados, a constipação tende a exaggerar-se, tornando cada vez mais atonico o intestino. Vimos como a constipação pôde produzir prolapsos rectaes.

As mesmas idéas podem ser applicadas á gastro-enterite.

Mas qual o mechanismo porque a diarrhêa pode provocar esta affecção?

Sómente pelo estudo das lesões poderemos comprehender o papel da diarrhêa como causa de prolapso.

Quaes são pois as lesões observadas na gastro-enterite? As lesões estendem-se a todo o intestino. Ora na creança normal, na occasião do nascimento, o intestino delgado tem cinco vezes o comprimento do corpo e o intestino grosso tem um comprimento igual ao do corpo. Depois,

esta relação augmenta de tal maneira que na creança de peito o intestino delgado tem comprimento igual a seis vezes o comprimento do corpo e o intestino grosso mede alguns centímetros a mais que o comprimento do corpo.

Demais, se a creança contrahe uma gastro-enterite o intestino continua a augmentar chegando a medir nove e onze vezes o comprimento do corpo.

Mais a affecção intestinal se invetera, mais o intestino augmenta.

D'aqui a producção do grande ventre de paredes flaccidas e pouco resistentes que, como já vimos anteriormente, predispõe para as hernias umbilicaes e prolapsos rectaes.

Teem tambem uma grande importancia as lesões que apresenta o intestino na gastro-enterite. A mucosa mostra-se pallida e tumefacta, as pregas mais volumosas que no estado normal, as cellulas glandulares alteradas como succede em toda a infecção, os folliculos lymphaticos augmentados de volume.

Além d'isso, ha uma circumstancia digna de menção que é a seguinte: a mucosa torna-se maior que no estado normal e este accrescimento da mucosa faz com que ella se não possa adaptar sobre a musculosa subjacente. D'aqui se origina um factor sufficiente para a producção do prolapso, resultando da tumefacção da mucosa e da sua laxidão sobre a tunica muscular. Nas creanças portadoras de gastro-enterites e nas attingidas de constipação, em que nas primeiras

ha frequentes necessidades de defecar e nas segundas as defecações são raras mas muito difficeis de executar, succede que as pessoas encarregadas da sua manutenção, as deixam por muito tempo assentadas sobre o vaso, condição esta que por si só basta algumas vezes, para produzir um prolapso. Dá-se isto sobretudo se a creança é portadora de quaesquer das lesões a que já nos referimos. O menor esforço produzido por uma creança fraca basta parar a logar á sahida, atravez do anus, da mucosa rectal laxa e tumefacta.

Ora, é noção bem corrente serem nas creanças de peito muito frequentes as gastro-enterites. A diarrhêa verde que é uma variedade de gastro-enterite, encontra-se a cada passo nas creanças de peito e na segunda infancia.

As estações influem tambem sobre as creanças de peito; o estio, por exemplo, produz ou pode produzir diversas perturbações digestivas.

As amas tambem concorrem bastantes vezes para a producção de gastro-enterites.

Assim, se a ama se encontra em certos estados physiologicos ou pathologicos, quer ella tenha bebido alcool em grande abundancia, quer esteja na epoca menstrual, quer seja portadora de qualquer manifestação de arthritismo ou então, em virtude de qualquer causa bruscamente substituida por outra; quaesquer d'estes factos bastam para produzir na creança uma gastro-enterite de forma diarrheica. Accrescentemos alem d'isso ao que já fica mencionado que as crean-

ças são commummente alimentados com leite de vacca não esterilizado, tendo muitas vezes já soffrido as fermentações lactica e butyrica; que ás creanças se dá muitas vezes alem de leite, pão, farinhas, carne e outros alimentos que o estomago não pode digerir e, por ultimo, não esqueçamos a nefasta influencia do frio e da dentição, grande factor este de perturbações digestivas e veremos então, quão variadas e numerosas são as condições em virtude das quaes se pode produzir a gastro-enterite e secundariamente portanto, o prolapso rectal.

Outro tanto podemos dizer da dysenteria. N'esta doença as lesões estão especialmente localizadas no recto e anus, realisando então as melhores condições para a producção do prolapso rectal.

Mencionaremos tambem a enterite bacillar, e as zonas de inflammação catarrhal inteiramente semelhantes ás da gastro-enterite e independentes das lesões bacillares e dysentericas.

Todas estas causas, affecções respiratorias, rachitismo e perturbações intestinaes, podem juntar-se, concorrendo para o mesmo fim.

Assim uma creança em que já existe uma gastro-enterite e na qual a mucosa do recto, em virtude das lesões atraz descriptas, é laxa e movel sobre a musculosa, pode, nos seus briquedos com outras creanças atacadas de coqueluche, ser por seu turno attingida, e então é evidente que os esforços da tosse se unem ás per-

turbações digestivas já existentes, favorecendo assim o prolapso parcial, mucoso.

Citaremos ainda como causas de prolapso os calculos da bexiga, a existencia de phimosis, os polypos do recto e as hemorrhoidas.

Anatomia pathologica

As lesões anatomo-pathologicas differem, segundo o prolapso é parcial ou completo.

Nos casos mais simples, o prolapso parcial mucoso apresenta-se sob a forma d'um bordalête mucoso, facilmente reductivel, de apparição muitas vezes espontanea, lembrando o phenomeno que se dá normalmente no cavallo no momento da defecação, onde a mucosa sae sob a forma d'uma corôa de pregas raiadas e desaparece espontaneamente logo que as materias fecaes tenham sido expulsas. Mas, nas creanças, o bordalête adquire muitas vezes dimensões consideraveis e transforma-se então em um tumor de forma cylindrica ou globulosa. Este tumor, formado exclusivamente pela mucosa rectal, constitue o prolapso mucoso ou parcial.

Segundo Boyer o prolapso da mucosa principia pela parte inferior do recto nas visinhanças do anus e depois o descollamento progride de baixo para cima, produzindo-se então um prolapso de uma grande parte da mucosa rectal

que attinge por vezes 8 ou 10 centímetros de extensão.

No prolapso completo ou invaginado é a parte superior do recto que se inverte em forma de dedo de luva, sahindo para o exterior um tumor de forma variavel, constituido por todas as tunicas do intestino.

Em geral, a porção herniada é formada por dous cylindros concentricos; um externo formado pela parte inferior do recto, outro interno formado pela porção do intestino situada immediatamente por cima.

Existe então ao nivel do anus um sulco circular que Vidal (de Cassis) considera como signal pathognomonic do prolapso completo.

Mas tal sulco nem sempre existe pois concebe-se facilmente que possa faltar a porção interna do prolapso, condição esta necessaria á sua formação. Pelo que diz respeito á existencia d'uma prega de perilonco arrastado pelo recto herniado, quasi todos os auctores affirmam a sua possibilidade, mostrando os perigos que d'abi dimanam quando se resolve uma therapeutica activa.

Symptomatologia

A' inspecção encontra-se no anus um *tumor*, constituindo uma verdadeira saliencia, d'um volume por vezes consideravel e tendo uma fórma cylindrica ou conica. Este *tumor* pode ser regular ou irregular e inclinado para a direita, esquerda, ou para deante.

E' geralmente villosos, offerecendo muitas pregas, d'uma côr vermelha azulada, sangrando algumas vezes e coberto de mucosidades. Na extremidade do *tumor* vê-se um orificio, por onde podem sahir as materias fecaes. Ha uma questão que se apresenta inevitavelmente ao espirito do observador que pela primeira vez vê um tumor d'este genero: é saber como a mucosa adquire um tal grao de congestão e tumefacção.

Estudando a anatomia normal da região, encontra-se uma resposta satisfactoria. Assim, a mucosa rectal é constituída por uma camada superficial villosa e por uma derme profunda e muito espessa. Se insuflarmos a derme e depois a dissecarmos por córtices perpendiculares á sua superficie, vemos uma trama semelhante á da medulla de sabugueiro, composta de tra-

beculas, circumscrevendo espaços ou vacuolos, accidentalmente infiltrada de serosidade a ponto de se distender muitissimo. A congestão venosa augmentando progressivamente, a porção inferior do intestino retrae-se, torna-se movel, as materias fecaes impellem-a, fazendo a sahir ao menor esforço, ainda que o esphincter não tenha perdido a sua tonicidade.

Assim se comprehende como é possível, como dizia Duchaussouy, introduzir juntos, quatro dedos no anus d'uma creança.

A principio o *tumor*, d'um pequeno volume, só apparece sob a influencia das contracções abdominaes e reduz-se facilmente. Porem, se o esphincter perde a sua tonicidade, o *tumor* augmenta, tornando muito penosa a marcha e a posição vertical, etc.

Mas, á medida que o *tumor* augmenta, a circulação de retorno é impedida pela contracção do esphincter e o *tumor* congestiona-se cada vez mais, de modo que a reduccão torna se muitas vezes impossivel, apparecendo então hemorragias á superficie do *tumor* que anemiam o doente e a parte herniada soffre algumas vezes uma verdadeira estrangulação.

Complicações

A procidencia do recto exerce uma influencia nefasta sobre todos os orgãos visinhos, principalmente sobre o utero que se encontra habitualmente desviado da sua posição normal.

Uma complicação de bastante importancia que sobrevem muitas vezes no prolapso completo ou invaginado, é a presença de ansas intestinaes no fundo de sacco peritoneal que separa os dous cylindros. Esta complicação foi bem estudada e descripta por Uhde sob o nome de *hydrocele*.

Havendo invaginações de ansas intestinaes, o *tumor* herniado toma a forma globulosa ou em crossa, augmentando de volume em virtude da tosse; o orificio rectal encontra-se voltado, para traz e sente-se, no momento da redução, um ruido de gargolejo.

Allingham teve occasião de observar sete vezes esta complicação mas sempre em velhos. Esta variedade de hernia é susceptivel de se estrangular e alguns auctores entre elles Diffenbach e Uhde aconselham, no caso de ser impossivel a redução, o desbridamento do collo ou do perineo.

O prolapso rectal arrasta ainda complicações d'outra natureza. Assim, pode a parte herniada ser a séde de um processo inflammatorio

e esta inflamação propagar-se ao peritoneo, produzindo peritonites, ou estender-se ás veias, dando logar a phlebites.

Por outro lado, nos prolapsos não reduzidos, faz-se mal a circulação de retorno e, se o esphincter conserva a sua tonicidade, corre o risco do estrangulamento com todo o seu cortejo de symptomas como sejam: dilatação do *tumor*, gangrena parcial e consequentemente hemorragias em virtude da queda das partes necrosadas.

A mortificação do prolapso é uma complicação das mais graves e que produz fatalmente a morte, se o peritoneo for interessado. Porem, se a mortificação fôr superficial, em virtude da queda da escara, forma-se uma ferida que cicatrizando mantém o prolapso reduzido mas á custa de um aperto.

Diagnosticico

O diagnostico é em geral facil

O prolapso parcial pode confundir-se com os polypos do recto ou as hemorrhoidas; mas

os polypos distinguem-se facilmente pela sua forma pediculada, pela sua côr e principalmente por nos pollypos não existir o orifício que se nota nos prolapsos.

As hemorrhoidas também se distinguem com facilidade pois formam saliências mais arredondadas, mais numerosas mas separadas e d'uma coloração mais azulada que a dos prolapsos, sangrando com grande facilidade.

O prolapso do recto pode ainda confundir-se com uma invaginação intestinal e, n'este caso, comprehende-se quanto importa, antes de fazer a excisão parcial ou total do *tumor*, o saber exactamente se se trata d'uma invaginação de colon ou simplesmente d'um prolapso da mucosa rectal.

Todavia, n'este caso, ainda ha symptomas que nos permitem fazer um diagnostico differencial. Assim, a invaginação intestinal apparece d'uma maneira brusca e é frequentemente precedida: ou seguida de diversos accidentes, taes como náuseas, vomitos, colicas, etc.; demais o *tumor* adquire muitas vezes dimensões que o prolapso rectal quasi nunca attinge.

Na invaginação a base do *tumor*, em lugar de ser *continua* com o contorno do anus, é *contigua* de maneira a permittir a introduccão do dedo até uma determinada altura entre o tumor e o orifício anal.

A maior difficuldade do diagnostico reside sobretudo na distincção entre as duas varieda-

des de prolapsos; prolapso parcial ou mucoso e prolapso completo ou invaginado.

Aqui ainda a presença d'um bordalete anular, a falta de sulco circular entre o contorno do anus e o *tumor*, as dimensões menores do *tumor* e a presença unicamente da mucosa rectal, tudo nos leva a suppor e crer na existência d'um prolapso parcial, mucoso.

Prognostico

Quando o prolapso do recto é de data recente, o prognostico é habitualmente benigno.

Nas creanças, ainda mesmo que se trate d'um prolapso completo e de dimensões consideráveis, n'estes casos, ainda se obtem a cura com mais ou menos facilidade.

Mas no adulto e sobretudo nos velhos, a existência d'um prolapso volumoso é uma affecção de prognostico grave, não só pelas complicações que podem sobrevir e pôrem em risco a vida do doente, mas também por causa dos perigos que apresentam a maior parte dos tratamentos activos empregados.

Do que fica exposto anteriormente se vê que nas creanças, quer o prolapso seja parcial, quer seja completo, o prognostico é em geral benigno.

Nos adultos e especialmente nos velhos, tal affecção impõe-nos sempre um prognostico reservado.

Tratamento medico

O tratamento principal do prolapso do recto consiste em combater todas as causas precedentemente enumeradas; em uma palavra, fazer uma therapeutica pathogenica. As condições anatomicas e physiologicas que atraz descrevi, em pouco ou nada podem ser beneficiadas. Assim, a conformação rectilinea do sacro e o volume relativamente consideravel do recto só podem ser modificadas pela idade.

Pelo que diz respeito á fraqueza esphincteriana, tão vulgar nas creanças, egualmente pouco podemos fazer. Comtudo se a atonia esphincteriana attinge um certo limite, devemos então actuar dentro das medidas ao nosso alcance.

Para isso preconisa-se a cravagem do canteio em injeções hypodermicas, sob a forma de ergotina.

Injecta-se no esphincter anal um centimetro cubico de ergotina Yvon, de dois em dois dias; o esphincter recupera a sua contractibilidade e mantem portanto o prolapso reduzido. Este tratamento aliás muito logico tem o inconveniente de serem as injeções muito dolorosas. Duchaussoy, como dissemos, diz que a maior parte dos prolapsos rectaes são devidos a uma atonia esphincteriana e combatia essa atonia, applicando estrychnina na visinhança do anus, sobre a pelle desnudada.

Outros e entre elles Dolbeau, injectaram nas immedições do anus algumas gottas d'uma solução de estrychnina a $\frac{1}{1000}$. Para combater a laxidão da mucosa sobre a musculosa; laxidão independente de qualquer affecção e que se encontra muito commummente nas creancas, prescrevem-se banhos de assento frios, clysteres de agua fria, loções com decocto de casca de carvalho, com decocto de noz de galha, clysteres de extracto de ratanhia ou então applica se a seguinte pomada adstringente.

Extracto de ratanhia	} ãa cinco grammas.
Tanino	
Vazelina	cincoenta grammas.

Sendo bem nitida a causa do prolapso, a indicação therapeutica será combater a causa pois

cessando a causa, cessa o effeito. As affecções respiratorias que, na creança, provocam as mais das vezes a appareição dos prolapsos, são a adenopathia tracheo-bronchica e a coqueluche.

Contra a adenopathia tracheo bronchica, devemos dar o iodeto de sodio na dose de 25 centigrammas por dia, pois esta medicação é um meio de combater a escrophula, causa da adenopathia e prescrever durante o inverno o oleo de figado de bacalhau. Se porem se trata de uma creança attingida de coqueluche, devemos em primeiro logar isolar o pequenino doente, aconselhar ás pessoas de familia que todos os dias passem a creança, que lhe dêem uma alimentação tónica; e administramos-lhe primeiro um vomitivo como seja, por exemplo, de cinco em cinco minutos uma colherita de xarope de ipeca até produzir o effeito, ajudando a acção da ipeca com agua tepida. Para calmar a tosse empregamos a poção seguinte:

Brometo de potassio.....	duas grammas
Xarope de belladona.....	vinte centímetros cubicos
Agua distillada.....	q. b. para cento e vinte grammas.

Doas colheres de café por dia.

No periodo de declinação aconselharemos a mudança de ares quando, é claro, as circumstancias pecuniarias da familia o permittirem.

Mas se na adenopathia tracheo-bronchica ou na coqueluche, a tosse é muito intensa e frequente; se ella é capaz, de produzir, por um effeito puramente mechanico, desordens muito consideraveis, devemos senão empregar a seguinte poção calmante na dose de duas a quatro colheres de café por dia:

Bromoformio	15 gr.
Oleo de amendoas doces	20 gr.
Gomma arabica pulverisada	15 gr.
Xarope de casca de laranjas amargas.....	q. b.
para cento e vinte grammas.	

Uma vez afrouxada ou acalmada a tosse, não existirá mais a pressão de que anteriormente fallamos, capaz de produzir o deslocamento dos órgãos abdominaes.

Com relação ao rachitismo já vimos que é causa de prolapsos rectaes e portanto devemos envidar todos os esforços para o combater.

Como se sabe entre as causas de rachitismo figuram o aleitamento artificial e o desmamme brutal e prematuro da creança. Devemos pois substituir o aleitamento artificial pelo natural mas, não sendo isso possivel, continuaremos o aleitamento artificial, tendo porem o cuidado de o empregar nas melhores condições possiveis. Assim só devemos recommendar leite esterelizado, contido em recipientes igualmente esterelizados e cada recipiente só deve conter o leite

suficiente para uma só vez, isto é, para uma mamadella. Quanto ao apartamento da creança nunca deve ser prematuro e recommendamos ás mães o desmamme sómente ao fim de quinze ou dezoito mezes. Alem d'isso não deve ser feito bruscamente, mas sim suavemente isto é diminuindo pouco a pouco o numero das mamadellas e augmentar equivalentemente a alimentação, tendo comtudo o cuidado de evitar a super-alimentação. Emfim, a alimentação deve ser tónica e methodica.

Devemos egualmente recommendar quartos bem arejados, permanencia das creanças ao ar livre e roupas de flanela.

Ao lado d'estes cuidados hygienicos devemos instituir uma medicação.

Qual será então a medicação empregada?

No meu modo de ver será a medicação tónica a unica aproveitavel. Assim preconisarei o oleo de figado de bacalhau (caso seja bem supportado); o lacto-phosphato, o chloiydophosphato e o glycero-phosphato de cal podem e devem tambem ser dados na dose de duas a quatro colheres de café por dia.

Ao oleo de figado de bacalhau podemos juntar 5 milligrammas de phosphoro por dia.

As preparações ferruginosas conveem aos rachiticos anemicos; aos outros devemos dar de preferencia as preparações iodadas. Emfim conveem ainda combater a gastro-enterite que é muito frequente nos rachiticos e que, se não é a causa do rachitismo, impede comtudo a

sua cura. Passamos em seguida a occupar-nos do tratamento das perturbações digestivas podendo produzir prolapsos rectaes e, n'esta ordem de ideias, vejamos em primeiro lugar a constipação. Se a constipação provem do emprego de leite de vacca muito concentrado, junta-se-lhe a agua lactosada. Se é devida a uma predisposição congenita applicam-se os clysteres symples isto é de agua tepida ou clysteres com chloreto de sodio 0, 30 para 100 grammas d'agua ou glycerina 30 grammas para 200 d'agua ou ainda 30 grammas de azeite em 200 de agua. Podemos ainda recorrer aos suppositorios de glycerina e manteiga de cacao. Mas, se todos estes meios falham, tentaremos a massagem abdominal durante cinco a dez minutos e ainda a applicação de alguns laxantes, como por exemplo uma colher de café de magnesia calcinada. Mas de todos os laxantes, o melhor e o que dá mais resultado é o oleo de ricino na dose de dez a quinze grammas. Se apesar de todos estes meios não conseguimos obter uma dejecção regular, extrahimos com os dedos ou com uma pequena colher, as materias fecaes contidas no recto e applicamos em seguida um clyster electrico. Para isso, enche-se o recto com agua salgada, introduz-se em seguida até ao S illiaco uma sonda munida d'um mandril metalico; o mandril é posto em communicação com o polo positivo e o polo negativo é representado por uma placa embebida em agua e applicada sobre o ventre.

A corrente deve ser de 15 milliamperes e a

sua duração não deve ultrapassar dez minutos.

Se porem se trata d'uma constipação n'uma creança já de alguns annos, aconselhamos a alimentação vejetariana, o exercicio physico, caso não haja contraindicação em virtude de qualquer lesão, a moderação do trabalho intellectual e geralmente com estas medidas hygienicas conseguimos debellar a constipação.

Se porem estes meios são insufficientes, recorreremos aos clysteres, suppositorios, massagem e á electricidade como já dissemos; e, em ultimo caso, empregaremos a magnesia como laxante.

Relativamente aos purgantes, preferimos os purgantes vegetaes como o sene e o oleo de ricino, aos purgantes salinos, pois estes teem o inconveniente de depois de produzir o seu effeito purgativo, augmentarem a constipação. E' preciso não desprezar o tratamento da gastro-enterite.

Se o estado geral é grave, se as dejecções são verdes e fetidas, se ha emagrecimento, tendencia ao collapso prescreve-se a dieta hydrica, até á desappareição pelo menos parcial d'estes symptomas.

Porem, se a infecção é mais ligeira, é ao regimen lacteo que devemos recorrer, dando á creança sómente o leite da mãe ou ama e regulando a amamentação, isto é, dando de mamar unicamente de duas em duas horas ministrando-lhe em seguida uma colher de café com agua de cal.

Faremos a antisepsia intestinal empregando para esse fim os purgantes entre os quaes prefero os calomelanos nas seguintes doses:

Até á idade de tres mezes.....	0, gr. 05
Até doze mezes	0, gr. 10
A partir de doze mezes	0, gr. 20

Podemos ainda empregar o oleo de ricino e o rhuibarbo.

O primeiro na dóse de dez grammas e o segundo na de cinco centigrammas por dia. O acido lactico e o subnitrato de bismutho na dóse de um gramma por dia. Se houver vomitos empregaremos então os clysteres purgativos:

Folhas de sene.	duas grammas
Mel mercurial	vinte e cinco grammas

Aconselhamos tambem de manhã e de tarde um banho quente de cinco a dez minutos. Havendo dôr mantêm-se constantemente sobre o ventre uma cataplasma de linhaça, administra-se um clyster de agua tepida ou de decocto de linhaça. Não sendo a creança de peito, devemos regular as refeições d'uma maneira muito severa mas, caso este meio hygienico não baste, prescreveremos o regimen lacteo absoluto com leite de boa qualidade. Porém pode o regimen lacteo não ser tolerado e n'esse caso podemos substituí-lo por extracto de carne crua.

As outras indicações são as mesmas a que me referi precedentemente.

Quer haja constipação ou diarrhea, é preciso não deixar as creanças durante muito tempo sobre o vaso.

E' pois necessario eliminar de uma vez para sempre este habito vicioso inveterado no seio das familias. Sob pretexto de que as creanças defecam difficilmente, ou tem necessidades frequentes de defecar, a familia para se poupar a trabalho deixa-as por muito tempo sobre o vaso, ignorando que esta posição viciosa sendo prolongada pode ser a causa de prolapsos rectaes. Para obviar a isso, se o intestino no momento das dejecções costuma sahir devemos aconselhar ás mães o collocarem as creanças em decubito lateral.

O tratamento medico dos prolapsos rectaes só tem effeito seguro quando se conhecem as causas e quando se trata de prolapsos reductiveis. Se por exemplo nos encontrarmos em presença d'um prolapso completo irreductivel, no qual poderá haver uma hernia do intestino ou ainda em presença d'um prolapso mucoso mas irreductivel é evidente que o tratamento medico é inefficaz mas, ainda n'estes casos, o tratamento medico não deve ser desprezado, pois podemos reduzir o prolapso e a applicação consecutiva dos meios medicos mantém esta redução constante.

Emfim, o tratamento das affecções respiratorias suprime os effeitos da tosse, o tratamen-

to do rachitismo diminue o volume anormal do ventre, o tratamento das perturbações digestivas annulla o esforço que produz a constipação e modifica as lesões da mucosa produzidas pela gastro-enterite.

Portanto, como já dissemos, o tratamento medico é a melhor das therapeuticas, pois se dirige ás causas. *Sublata causa, tollitur, effectus.*

Accresce ainda uma circumstancia, aliás muito interessante, de que ainda não fallamos no decurso d'este insufficiente trabalho e que não deve ficar esquecida, pois mostra-nos mais uma vez a efficacia do tratamento medico. E' a seguinte: á medida que o prolapso desaparece o estado geral da creança melhora e até se tem constatado as relações que existem entre o estado geral das creanças e a evolução dos prolapsos.

Assim o prolapso desaparece, o estado melhora notando-se um augmento de peso do corpo; se porém o prolapso sobrevém por qualquer causa, o estado geral peora a seu turno, verificando-se uma diminuição de peso do corpo.

Ha portanto alternativas muito interessantes de perdas e augmento de peso do corpo, correspondendo á presença ou desaparecimento dos prolapsos.

CONCLUSÕES

I—O prolapso do recto nas creanças, é geralmente mucoso, parcial e reductivel. A irreductibilidade é uma excepção.

II—Existem certas condições anatomicas e physiologicas normaes, particulares ás creanças, que favorecem a producção d'esta affecção: laxidão da mucosa sobre a musculosa, sacro rectilíneo e volume relativamente consideravel do recto.

III—Diversas affecções podem provocar o prolapso rectal: affecções respiratorias, rachitismo, perturbações digestivas, etc.

Estas causas podem actuar separadamente ou unirem-se, concorrendo a um mesmo fim.

IV—O tratamento das affecções productoras de prolapsos nas creanças conduz á cura dos prolapsos e melhora o estado geral.

V—Se o prolapso é irreductivel é necessario evidentemente reduzir o *tumor* para consecutivamente ir atacar as causas.

OBSERVAÇÃO I

Devida á amabilidade do meu condiscipulo
Alberto Cesar Machado

M., de quatro annos de idade, natural da freguezia de Miomães, concelho de Rezende.

Foi-me apresentada em minha casa em ferias de julho de 1901, afim de me consultar sobre a apparição d'um *tumor* rectal que incommodava devéras a creança e era causa de grandes inquietações para os paes.

Antecedentes hereditarios — O pae vivo, tem 28 annos de idade, é portador da tara escrophulosa e frequentemente accommettido de anginas catarraes.

A mãe, de 30 annos, é viva, pertence a uma familia de arthriticos e soffre de rheumatismo polyarticular chronico.

Tem apenas dois tios e dois irmãos.

Dos tios, um é manifestamente arthritico e o outro tem estado em tratamento medico d'uma ulcera do estomago.

Os irmãos são relativamente saudaveis e fortes.

Antecedentes pessoais—Nasceu de termo, a evolução dos dentes fez-se normalmente, durante o periodo da amamentação não sobreveio perturbação alguma digestiva ou broncho-pulmonar digna de menção. E' de constituição fraca e temperamento lymphatico.

Historia da doença — Havia alguns dias que a pequenita experimentava uma difficuldade de defecar e um dia sentiu alguma coisa de anormal que foi mostrar á mãe. Esta verificou a presença de um *tumor* na região anal e naturalmente procurou introduzil-o, o que conseguiu, embora a creança gritasse com as excessivas dôres provenientes de tal operação levada a effeito por mãos inexperientes.

D'ahi em diante a cada defecação dava-se a sahida da mucosa rectal.

Em vista de tal estado resolveram consultar-me.

Estado actual — Via-se no anus um pequeno bordalete molle, avermelhado, um tanto franzido, com um orificio no centro.

Este *tumor* era reductivel e exclusivamente formado pela mucosa rectal que em virtude dos esforços da defecação deslisava sobre os tecidos subjacentes, de modo a vir fazer hernia atravez do orificio anal.

Diagnostic—Prolapso rectal parcial, mucoso.

Prognostico—Benigno.

Tratamento—Aconselhei-lhes que sem perda de tempo comesassem a dar á creança clysters adstringentes de ratanhia, tanino, banhos de as-

sento frios e, internamente, óleo de fígado de bacalhau.

Fiz-lhe ainda algumas prescrições de so-
menos importância e mostrei-lhes a necessidade
de levarem a criança a banhos de mar.

Seguiram rigorosamente as minhas indica-
ções de tal modo que em poucos mezes a pe-
quenita se achou livre do seu incommodo e o
seu estado geral melhorou notavelmente.

OBSERVAÇÃO II (pessoal)

J., de tres annos de idade, natural da fre-
guesia de Refojos, concelho de Cabeceiras de
Basto.

Antecedentes pessoais—Evolução dos dentes
normal, estado geral bom.

Antecedentes hereditarios—O pae padece d'uma
bronchite chronica, a mãe morreu de bacillose.

Historia da doença—O pae, em agosto de 1901,
notou pela primeira vez a presença d'um *tumor*
no anus da criança e veio consultar-me.

Estado actual—Examinei a criança que apre-
sentava no anus um *tumor* constituido sómente
pela mucosa rectal, tendo um comprimento de

tres a quatro centímetros proximamente. A mucosa apresentava-se vermelha, congestionada e sangrava abundantemente.

A creança tinha além d'isso uma diarrhea rebelde e a sahida da mucosa rectal dava-se a cada defecação.

Tratamento—Prescrevi o sub-nitrato de bismutho na dóse de um gramma e mandei applicar sobre o *tumor* uma pomada de tanino.

Ao fim de algum tempo cessava a diarrhea e a sahida da mucosa rectal já se não manifestava.

PROPOSIÇÕES

Anatomia—As vaginas curtas podem dar lugar ao falso caminho vaginal de Pajof.

Physiologia—A supressão da respiração cutanea é incompativel com a vida.

Materia medica—Sempre que seja possivel, prefiro a administração dos medicamentos por via hypodermica.

Anatomia pathologica—A anatomia pathologica explica na maior parte dos casos a dilatação do estomago.

Pathologia geral—A phagocytose é um dos meios porque o organismo elimina os productos que o infectam.

Pathologia externa—No tratamento das fracturas mal consolidadas aconselho o uso da thyroïdina.

Pathologia interna—Em tempo de epidemia, o signal de Koplik é um valioso elemento para o diagnostico precoce do sarampo.

Medicina operatoria—Reprovo a hysteropexia em mulheres que possam gravidar.

Obstetricia—O forceps é tão precioso quando bem manejado, quanto perigoso em mãos inhabeis.

Hygiene—A prophylaxia bascia-se na noção de contagio.

Medicina legal—A docimasia pulmonar é um dos principaes meios de investigação em questão de infanticidio.

VISTO

O Presidente,

Clemente Pinto.

PÓDE IMPRIMIR-SE

O Director,

Moraes Caldas.