

JOAQUIM COELHO RIBEIRO

IV

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SÔBRE MÈGACOLON

= DOIS CASOS CLÍNICOS =

CLÍNICA DO PROF. TEIXEIRA BASTOS

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Pôrto

JULHO DE 1923

202/4 FMP

EMPR. INDUST. GRÁF. DO PORTO, L.da
178, R. MÁRTIRES DA LIBERDADE, 178

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES
SÔBRE MÈGACOLON

JOAQUIM COELHO RIBEIRO

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES
SÔBRE MÈGACOLON

= DOIS CASOS CLÍNICOS =

CLÍNICA DO PROF. TEIXEIRA BASTOS

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Pôrto

JULHO DE 1923

EMPR. INDUST. GRÁF. DO PORTO, L.da
178, R. MÁRTIRES DA LIBERDADE, 178

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior

SECRETÁRIO

Dr. António de Almeida Garrett

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Anatomia descritiva.	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia.	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia	Vaga
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia patológica	Dr. António Joaquim de Souza Júnior
Bacteriologia e Parasitologia.	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia topográfica e Medicina operatória	Vaga
Patologia cirúrgica.	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clínica cirúrgica.	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clínica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clínica obstétrica	Vaga
História da medicina e Deontologia	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifilografia.	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria.	Dr. António de Souza Magalhães e Lemos
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett

Professores Jubilados

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.

Art. 15.º § 2.º do *Regulamento Privativo da Faculdade de Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1920.*

À MEMÓRIA DE

MEU PAI

Minha irmã MARIA

Minha avó CUSTÓDIA MARIA DE JESUS

Eterna Saudade

A MINHA MÃE

Em todo o meu curso tendes uma grande parte; o incitamento e auxílio valioso que me prestastes. Aceitai, pois, êste trabalho final, embora pobre de merecimentos, como prova de eterna gratidão e amizade.

A MEU TIO

P.^e ANTÓNIO COELHO DA C. PESSOA

Não posso ocultar a minha grati-
dão a quem devo o que sou.

A MINHAS PREZADAS IRMÃS

DEOLINDA e CUSTÓDIA

A MEUS RESTANTES TIOS E
PARENTES EM ESPECIAL AOS

P.^c MODESTO COELHO DA C. PESSOA
DR. CRISTÓVÃO COELHO C. PESSOA
JOSÉ COELHO PESSOA

Muita estima

À MINHA NOIVA.

Muito Amôr

AOS MEUS CONDÍSCÍPULOS,
AMIGOS E EM PARTICULAR

AOS

DR. ALUÍSIO CORREIA DE PAIVA
DR. ANTÓNIO DE PÁDUA
DR. WALDEMIRO FERREIRA LOPES

Um cordeal abraço

A

FACULDADE DE MEDICINA
DO PÔRTO

Êste pequeno trabalho que o regulamento escolar nos obriga a apresentar como conclusão final do nosso curso, para demonstrar o nosso estudo e applicação a um determinado assunto da vasta sciência médica, é sempre deficiente e de pouco valor scientifico, não só porque não possuímos uma longa observação e experiênciã clinica, mas também porque as condições económicas em que nos encontramos entre o final dum curso e o inicio da vida clinica não o

permitted. Contudo não nos faltou trabalho nem o veemente desejo de fazer alguma coisa de util e proveitoso, certos de que nos falecem os superiores conhecimentos que um assunto dêstes exige.

Seja-nos permitido exarar aqui os nossos sinceros agradecimentos ao ilustre professor Dr. Álvaro Teixeira Bastos, presidente do júri, que êste trabalho há de apreciar e a cujos ensinamentos devemos quási tudo o que aí se encontra escrito.

DEFINIÇÃO E HISTÓRIA

Dá-se o nome de mægacolon a uma afecção caracterizada; anatômicamente pelo alongamento e enorme dilatação duma parte ou da totalidade do colon com hipertrofia das suas túnicas; clinicamente pela obstipação, um aumento de volume, muitas vezes considerável, do abdomen e uma evolução crónica.

História. Esta afecção observa-se principalmente na criança, no recém-nascido, sendo descrita pelos pediatras; mas à medida que ela se vai conhecendo melhor, nota-se que não é excepcional encontrá-la no adolescente, mesmo no adulto e até no velho. Foi Hirschprüng quem fez desta afecção uma entidade

clínica, donde a denominação de *doença de Hirschprüng* dada ao mægacolon congénito. Não é fácil estabelecer com precisão a primeira observação do mægacolon. O seu primeiro estudo data de 1888, posto que antes dessa época já existissem espalhados casos na literatura médica.

Assim, no meado do século XVII, o anatómico Ruysch publicou sob o nome de *Enormis intestini coli dilatatio*, uma observação detalhada sôbre mægacolon.

No século XVIII, Mya, que se dedicou com persistência ao estudo desta afecção, apresentou dois casos (descoberta da autópsia), de dilatação idiopática do intestino grôso. Faoelli descreveu em 1846 o primeiro caso observado no adulto; depois vários outros autores publicaram novas observações. No entanto todos êstes documentos ficam na obscuridade até 1888, sendo nesta data que Hirschprüng deu a primeira descrição anatómica e clínica do mægacolon, tentando depois estabelecer a sua patogenia.

Numa memória que apareceu em 1890 reuniu todas as anteriores descrições daquela afecção.

As observações tornaram-se mais freqüentes, e, à medida que se multiplicavam, tornavam-se mais precisas, graças à radioscopia e endoscopia; mas as divergências surgiam quanto à data do seu aparecimento.

Ao lado dos casos análogos aos de Hirschprüng e favoráveis à teoria congénita do mægacolon (constipação rebelde e meteorismo dos primeiros dias da vida), aparecem doentes em que as manifestações do seu mægacolon só tardiamente haviam aparecido, umas vezes na terceira infância, por vezes no adulto e algumas outras mesmo só no velho.

Em 1895 e 1897 o professor Marfan, mostrou que o mægacolon pode aparecer secundariamente à constipação congénita e ter outras causas como uma «dilatação primitiva do intestino grôso».

Em 1903 Pierre Duval publicou na *Revista de Cirurgia* um artigo sob o nome de «Dilatação idiopática do intestino grôso», que constitui um dos melhores estudos sôbre a doença.

Depois desta época numerosos estudos apareceram, contribuindo para alargar o quadro da doença descrita por Hirschprüng, re-

conhecendo todos a exactidão dos factos assinalados por êste autor, mas mostrando também que nem sempre o mægacolon é congénito e que o síndrome de Hirschprüng, pode observar-se mais ou menos tardiamente.

Seguiram-se comunicações recentes de Dentu e Delbet, Pauchet, Bensaúde, Marfan, etc., e os trabalhos importantes de Comby, Tuffier, Marfan e Gangoux.

ETIOLOGIA E PATOGENIA

Para melhor compreender o mecanismo do mægacolon e pôr em relêvo as disposições anatómicas que favorecem o seu desenvolvimento em certos casos, recordemos que na criança de tenra idade, reünidas todas as porções, o intestino grôso é relativamente mais comprido do que no adulto.

A multiplicidade e exagêro dos cotovêlos do colon e da ansa sigmoide, na primeira infância, fôram postas em evidência por vários autores em 1863 e 1893.

Marfan fez notar que, quando esta disposição é exagerada, a redução do calibre do colon constitui um obstáculo à passagem

das fezes, obstáculo êste, como bem se compreende, em relação com o maior ou menor exagêro dos cotovêlos formados.

Assim veremos que na «dolichocolia» (malformação caracterizada pelo exagerado comprimento do colon) pode ter origem o sindrôma de Hirschprüng.

A ansa sigmoide está compreendida entre dois cotovêlos constituídos pelo comêço e terminação do seu meso; êstes cotovêlos podem ser exagerados em certas circunstâncias; enfim as válvulas de Houston, por vezes muito salientes, estreitando o canal rectal e permitindo difficilmente a introdução do dedo, podem constituir também um obstáculo sério à passagem do conteúdo intestinal e contribuir portanto para o aparecimento do mège-colon.

Se esta doença constitui uma afecção rara na sua expressão clínica a mais característica, pode-se acrescentar que as formas frustes são mais freqüentes do que em geral se crê. A estatística do adulto mostra que os homens são mais freqüentemente atacados do que as mulheres. Enfim o mège-colon é sobretudo uma afecção da infância.

Bensaúde, ao ocupar-se das numerosas hipóteses para explicar a produção do mège-colon, diz:

«Pode-se, sem exagêro, dizer que cada autor, tendo observado um caso, emitiu uma nova ou pelo menos modificou uma teoria já existente, de maneira a que ela se adaptasse melhor às particularidades da sua observação pessoal», e na realidade muitas são as hipóteses para explicar a patogenia da afecção.

Referir-me hei a duas teorias principais que tendem a esclarecer a sua patogenia ainda muito discutida.

Hirschprüng, fundando-se sôbre a história clínica e autópsias que observou, admite que a afecção é congénita e idiopática.

Para Hirschprüng existia desde o nascimento uma dilatação e hipertrofia de todo o colon. Nêste canal dilatado, malformado, as fezes progridem mal, donde constipação rebelde, distensão progressiva e colite secundária com todas as suas conseqüências.

Mas se o mège-colon é sempre congénito, como explicar os casos em que a malformação não se manifesta senão tardiamente? Hirschprüng respondeu a esta pergunta di-

zendo que a anomalia começa durante a vida intra-uterina e pode continuar a sua evolução depois do nascimento, possivelmente sendo então ainda pouco acentuada. Só quando ela atinge um certo grau é que determina acidentes.

Marfan, contrário à opinião de Hirschprüng, crê que o mægacolon é uma modificação consecutiva à constipação congénita, afirmando nunca ter encontrado esta afecção no recém-nascido.

Hirschprüng em resposta relatou alguns factos e provou que o mægacolon pode ser congénito.

Com efeito Ammon e Hirschprüng constataram, em 1842, lesões características num feto de 7 meses e numa criança de 3 dias.

Alguns outros constataram que a dilatação fôra mesmo uma causa de distócia.

Acrescentemos que Pierre Duval, ao sustentar a tese posta por Marfan, diz que o mægacolon é uma afecção que depende de uma malformação congénita do intestino grôso e que consistia primitivamente numa hipertrofia do tecido conjuntivo da parede cólica, trazendo secundariamente uma dilata-

ção. A ectasia poderia ser congénita, segundo Duval, ou desenvolver-se durante a vida extra-uterina, nos primeiros meses, nos primeiros anos, ou mesmo mais tardiamente, mas Duval considera-a sempre dependente de uma malformação embrionária. Depois se desenvolveria secundariamente, por um lado, uma hipertrofia muscular compensadora, por outro uma colite intersticial que chegava a esclerose do colon e à sua distensão definitiva.

Aceite que o mægacolon pode ter uma origem congénita como Hirschprüng diz, nós podemos perguntar com o professor Marfan se o quadro clínico descrito por êle não pode ter outra patogénia.

Toda a série de causas não podem elas contribuir para determinar as duas lesões essenciais da doença de Hirschprüng, a dilatação e hipertrofia da camada muscular anular do colon, e chegar a traduzir-se por êstes dois sintomas fundamentais, a constipação invencível e a distensão abdominal? Numerosos factos permitem responder afirmativamente. (Fenwick Neugehauer, etc.)

O síndrome de Hirschprüng pode succeder à constipação congénita, podendo esta

ter por causas: o comprimento anormal do intestino grôso, as múltiplas pregas do colon ílio-pélvico com lassidão exagerada do mesentério (Jacobi, Fenwick e Marfan); um cotovêlo do intestino em relação com o comprimento anormal da ansa sigmoide; uma torção intestinal; ou ainda pregas ou válvulas formando um verdadeiro diafragma (Bensaúde e Sorrel), sobretudo na união do colon pélvico com o recto.

Compreende-se que o síndrome de Hirschprüng seja mais freqüente entre os rapazes em que a bacia é mais estreita e a ansa sigmoide mais enrugada, e por que êle se poderia atenuar em certos casos depois da idade de 18 meses ou dois anos; a partir desta idade, com efeito, a bacia torna-se mais ampla e o comprimento da ansa diminui em relação ao colon e intestino em geral.

O síndrome de Hirschprüng pode ainda ser consecutivo a um aperto congénito ou adquirido do intestino grôso; tratar-se, por exemplo, duma imperfuração anal (Porro, Dupleix) em que a perfuração cirúrgica deixa uma cicatriz anular retraída, que poderá determinar mais tarde o aparecimento dum

mègacolon (Moser, Stone); pode ser ainda o resultado dum apêrto do recto ou dum simples apêrto válvular; o mègacolon pode ser secundário a uma constipação de origem nervosa, congénita ou adquirida; o mègacolon pode ter também como causa uma retroflexão do útero; um estado espasmódico pode estar só em jôgo (Fenwick, Wilms, etc.)

O mègacolon aparece por vezes no mixe-dêma, na sífilis do eixo cérebro espinhal, na tetania e pode ainda ser o resultado dum aumento notável da simpaticotomia.

ANATOMIA PATOLÓGICA

A propósito da patogenia dissémos quais eram as lesões macroscópicas do mègeacolon; ectasia cólica com hipertrofia das suas paredes. Agora diremos qual a diferença entre as diversas anomalias do colon, a saber: dilatação cólica sem hipertrofia das suas paredes, *ectocolon*; o colon anormalmente largo sem dilatação nem hipertrofia das suas paredes, *macrocolon*; e a dilatação com hipertrofia das suas paredes, *mègeacolon* (Elisalde).

Tendo em consideração a séde onde se dá a dilatação do colon, podemos dividir esta em: ectasia total do colon (exclusão do recto);

ectasia segmentar e ectasia parcial (chamada diverticular).

Uma estatística de *Duval* mostra que a ectasia segmentar é a mais freqüente, e, neste caso, o segmento pélvico é o que maior número de casos dá.

Na autópsia as lesões que habitualmente se encontram são: abdomen distendido; dilatação generalizada do colon, que pode revestir, como diz Walker, o aspecto de dois grandes tumores verticais, podendo encher completamente a cavidade abdominal. Outras vezes a dilatação só existe no segmento mægacólico.

No primeiro caso todas as vísceras abdominais são recobertas pelo colon dilatado, possível sendo todavia reconhecer-se o estômago e o fígado repuxado para cima devido à pressão que o mesmo colon sôbre, ou melhor, sob êles exerce.

O comprimento do colon é por vezes enorme, com um longo meso, que permite ao intestino ectasiado uma excessiva mobilidade que, associada ao seu exagerado comprimento, dá por vezes origem a cotovêlos e flexuosidades, não raro sendo também encon-

trarem-se aderências do mesmo intestino à parede abdominal como conseqüência daquele exagerado comprimento e mobilidade.

A dilatação pode ser considerável (circunferências de 50 a 75 centímetros em vez de 14 centímetros no estado normal).

A cavidade cólica percorrida em toda a sua extensão não apresenta nenhum obstáculo à saída das fezes.

A espessura das paredes mægacólicas é variável, indo de um milímetro e meio (normal) até 2 e 3 milímetros.

A hipertrofia dá-se sobretudo na túnica muscular e em particular na camada circular.

As faxas longitudinais, alongadas e dissociadas pela distensão da parede intestinal, desaparecem assim como as bosseluras. A serosa é quási normal. A mucosa é sempre mais ou menos alterada, vermelha, tumefeita, nela se encontrando por vezes ulcerações que podem ir até à musculosa, perfurar mesmo o intestino e ser causa de peritonite, generalizada ou limitada por aderências.

Vejamos agora o que se observa ao exame microscópico.

Há aumento de fibras musculares em nú-

mero e volume, ocupando as fibras musculares circulares $\frac{3}{4}$ da espessura da parede, normais sendo os núcleos, pouco alterados sendo as fibras musculares longitudinais.

As trabéculas conjuntivas, mais ou menos infiltradas de células redondas, separam os feixes musculares.

São constantes as lesões de arterite crónica.

As bainhas nervosas, os nervos e os gânglios do plexus de Auerbach são por vezes alterados.

As glândulas mucosas são aumentadas em número e hipertrofiadas, assim como as células epiteliais e a *muscularis mocusae*. O mesentério pode ser espêso, por vezes retraído com os vasos volumosos, de paredes alteradas, e os gânglios linfáticos apresentam-se aumentados de volume.

SINTOMATOLOGIA E FORMAS CLÍNICAS

O quadro sintomático que oferece o mège-colon é muito variável.

Desde os casos em que os doentes mencionam a constipação como uma perturbação a que não dão importância, porque não lhes provoca grandes incómodos, até àqueles que apresentam manifestações alarmantes que os levam a recorrer ao médico, todas as manifestações produzidas pelo mège-colon podem ser encontradas. Os primeiros morrem em geral de afecções intercorrentes e o mège-colon só é diagnosticado na autópsia.

Os doentes portadores de mège-colon são geralmente antigos obstipados e por isso

devemos dar grande importância aos seus antecedentes, principalmente aos pessoais.

Por vezes têm intervalos de 15 dias, três semanas e mais entre cada dejecção. Alguns doentes não evacuem espontaneamente senão de 6 em 6 ou de 7 em 7 semanas, de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses, e num caso citado por Osler, o doente, até à idade de 7 anos só teve 5 ou 6 evacuações espontâneas.

O doente a que adeante me referirei, apesar de medicação purgativa, fez retenção de fezes de 6 semanas, mais tarde, quando foi hospitalizado, estando a fazer outra, esta já com 17 dias.

Com a constipação, que é constante, o doente nota que o seu abdomen se vai distendendo, tem emissão de gases, que por vezes se suspende também, dôres intensas, sensação de peso abdominal, cefalalgias e um grande mal estar geral.

São êstes fenómenos de obstrução incompleta que obrigam o doente a recorrer a purgantes e clistères, e quando o efeito de uns e outros se faz sentir as dejecções são então abundantes, extremamente fétidas e acompa-

nham-se de emissões de gases de cheiro repugnante.

As fezes podem ser moles e pastosas, escuras ou acastanhadas, por vezes descòradas ou da côr do gêsso, podem constituir verdadeiros tumores estercorais (Fecalomas de Demons), mas apresentam-se muitas vezes fragmentadas, envolvidas de mucos sanguinolentos, por vezes mesmo puz em caso de colite.

Aqueles tumores são transitórios, de dimensões muito variáveis, irregulares e de consistência dura.

A distensão do abdomen, por vezes considerável, é consecutiva a uma certa retenção de fezes e sempre devida à acumulação de gazes no intestino.

O abdomen é muito aumentado de volume; o seu aspecto lembra a ascite, os tumores abdominais, a gravidez, etc.

A intumescência do abdomen é permanente, mas variável segundo os períodos de obstipação ou de *débaçle*.

A circunferência supra-umbilical pode atingir 3 metros e mais.

A pele aparece tensa, delgada e sulcada de veias dilatadas.

Os músculos grandes rectos são por vezes afastados e a base do torax alargada.

A dôr, sem localização precisa, pode manifestar-se sob a forma de cólica ou mais frequentemente por sensação de pêso abdominal, ser mais ou menos intensa e exacerbar-se com os esforços da defecação e com o peristaltismo intestinal. Por vezes há náuseas e mesmo vômitos. A percussão dá um som timpânico vibrante, mesmo na região lombar, mas sobretudo à periferia do abdomen.

A maciszez hepática é diminuída, ou situada mais acima; a do baço não se encontra.

Nos pontos de maior declive constata-se por vezes que a maciszez é móvel, sendo então devida a líquidos acumulados nas partes mais baixas da ansa sigmoide; mas nunca há sensação de onda, nunca pode haver confusão com a ascite.

O peristaltismo, de contracções sempre violentas, pode ser espontâneo ou provocado, vendo-se por vezes desenhar as faxas musculares longitudinais (Hallez).

O sinal do peristaltismo provocado é característico e testemunho do esforço do intestino para expulsar o seu conteúdo e acompa-

nha-se muitas vezes de dôres abdominais espasmódicas.

À palpação, num período de vacuidade do intestino, o abdomen apresenta-se mais bambo e depressível do que normalmente.

O colon, fàcilmente palpável, é doloroso à pressão e por vezes nota-se gargoleijo.

Êstes sintomas apresentam caracteres especiais nas crianças. A distensão do intestino é muito mais acentuada, chegando alguns autores a recorrer à punção para reduzir os fenómenos de compressão que muitas vezes chega a provocar uma série de sinais tais como: dispneia, desvio do coração, palpitações, cianose, arrefecimento das extremidades, circulação venosa da parede abdominal, disúria e hidronefroze (compressão dos ureteres).

Os movimentos peristálticos observam-se com maior nitidez, as náuseas e os vômitos, que podem ser fecaloides, produzem-se muito mais fàcilmente do que no adulto. É também digna de menção a diarreia que frequentemente alterna com a constipação nas crianças e que se explica pelo processo de colite.

O estado geral dos doentes portadores de mægacolon vê-se sèriamente comprometido

com a evolução da doença; tornam-se desnutridos, inaptentes, observam-se diminuições consideráveis de pêso e as urinas contêm indican, scatol, indol e albumina.

É êsse o resultado duma intoxicação crónica proveniente da estase intestinal.

A séde da estase tem a sua influência sôbre a determinação dêstes sintomas gerais. Se a sua séde é no cecum ou nas primeiras porções do intestino grôso, as perturbações são muito acentuadas; quando pelo contrário a estase se dá nas últimas porções do intestino grôso, o estado geral não é tão comprometido e são freqüentes as observações de indivíduos que conservam aparências de boa saúde, apesar da constipação de que há muito vem sofrendo, o que bem se compreende e Roux explica da forma seguinte:

Na ectasia cecal, as fezes mantêm-se semilíquidas devido ao afluxo constante de líquidos do intestino delgado, o que constitui um óptimo meio de cultura bacteriana, aí em plena actividade; na ectasia das últimas porções, as fezes estão sêcas e as bactérias não encontram meio favorável ao seu desenvolvimento.

FORMAS CLÍNICAS

Raramente o mègeacolon se manifesta pelo conjunto de sinais cardinais e secundários de que já falamos. Segundo o professor Marfan esta afecção pode apresentar-se sob várias formas clínicas.

Formas com manifestações precoces e graves observadas sobretudo na primeira idade, com crises de obstrução intestinal, colite, peritonite e bronco-pneumonia, cujo prognóstico é muito grave.

Formas com manifestações tardias e de marcha crónica que tanto se observam na criança como no adulto.

Tem-se encontrado casos de crianças na

segunda infância em que, antes do começo aparente da doença, não se tinham assinalado perturbações intestinais. Estas formas de começo não congénito são no entretanto compatíveis com uma existência bastante longa.

Alguns autores observaram casos de cura expontânea devida ao alargamento da bacia durante o crescimento e diminuição relativa da ansa sigmoide.

Fôram publicados casos em que a doença só fez o seu aparecimento no adulto.

Algumas observações apareceram que só se referiam ao velho.

Vários autores publicaram casos de mægacolon «tardamente adquirido» que se desenvolviam entre os 40 e 50 anos.

No adulto, ao lado das formas com sintomatologia completa bastante rara, tem-se descrito outras formas segundo os seus sintomas:

Uma fôrma generalizada, outra localizada, qualquer delas podendo ser *fruste* ou *latente*, ou pelo contrário *crónica* e *evidente*.

Quando se trata de fôrmas frustes só um exame radioscópico ou retoscópico, uma intervenção cirúrgica, ou uma crise mais vio-

lenta, pôde levar ao diagnóstico do mège-colon.

Há pois mège-colons, no sentido anatômico da palavra, que não se acompanham de nenhum sinal clínico aparente (Bensaúde e Hillemande).

—*Fôrma estercoral*; (Delbet, Tuffier) caracterizada por um tumôr estercoral, ou coproma, que muitas vezes se extrái só cirurgicamente, mas que, quando pouco volumoso e de consistência um pouco mole, pôde desaparecer expontâneamente.

São os chamados «tumôres fantômas».

Fôrma com oclusão crônica ou aguda.

A oclusão aguda pôde constituir o primeiro sinal revelador do mège-colon (crise dolorosa aparecendo bruscamente com cólicas, falsas vontades de defecar, paragem das fezes e gases).

DIAGNÓSTICO

Em face dum doente que nos declara sofrer de uma obstipação antiga e rebelde a todo o tratamento e que tem tido várias retenções fecais incompletas, devemos pensar na possibilidade de um mægacolon.

Não nos devemos guiar sòmente pelos dados anamnésticos, apesar da sua importância para o diagnóstico, porque pòdem levar-nos a êrro.

É necessário praticar sistemàticamente o exame físico do doente e, se constataremos os sinais estudados no capítulo anterior (distensão abdominal, colon palpável e doloroso,

movimentos peristálticos expontâneos ou provocados e gargolejo) podêmos presumir fundadamente a existência de mægacolon.

Os meios a que recorrêmos nos casos de difícil diagnóstico, isto é, quando se trata duma fórma fruste ou de sintomatologia anormal, são:—o toque retal, a retoscopia, o exame radioscópico e radiográfico.

O toque retal constitui um dos melhores processos de exploração, permitindo constatar, quando cuidadosamente feito, um espasmo do esfínter anal, e, ao mesmo tempo, desfazendo as pregas anais, póde descobrir-se uma fissura, que por vezes é a causa inicial do mal.

Podêmos ainda, pelo toque retal notar a ausência ou existência de apertos que provocam, a montante, ectasias.

O dêdo póde ainda reconhecer a presença dum estercorôma, ou desfazer um cotovêlo, o que facilitaria a saída dos fezes. Por vezes póde notar-se a cavidade retal anormalmente dilatada, ou tocar as fezes, de consistência pastosa, no segmento reto-sigmoideo.

A retoscopia, não sendo praticada muito freqüentemente no mægacolon, é que permite mais fàcilmente diagnosticar a afecção

e constatar a presença dum obstáculo e a sua natureza (Bensaúde).

O exame radiográfico deve ser feito antes e depois da administração dum clistér de bismuto. Por êstes meios ficará comprovada a dilatação cólica.

O síndrome mægacólico é susceptível de confundir-se com o de outras afecções abdominais que com êle oferecem certas analogias.

A oclusão intestinal aguda é muitas vezes o resultado dum mægacolon preexistente, não sendo raro que só a laparotomia permita fazer o diagnóstico dêsse mægacolon, cujos antecedentes nem sempre são suficientemente elucidativos.

E se o diagnóstico diferencial entre uma oclusão aguda e o mægacolon é possível, e por vezes fácil mesmo, outro tanto não acontece quando se trata duma oclusão crónica com a qual a confusão é quasi inevitável.

O toque e a retoscopia podem orientar o diagnóstico.

A confusão pode ainda ser possível com a dilatação cólica produzida pela presença de tumôres, cicatrizes, bridas, etc.; mas a evo-

lução desta é geralmente mais curta do que no mægacolon.

E sobretudo nêstes casos que o toque retal tem a sua maior utilidade e a retoscopia mostra claramente o obstáculo que se opõe à progressão das fezes.

Êstes mesmos meios nos permitem diferenciar os casos de constipação susceptíveis de se confundirem com o mægacolon.

Não recorrendo aos diversos processos de exploração, os êrros de diagnóstico têm sido freqüentemente cometidos; assim, tem-se tomado o mægacolon por quistos de ovários, tumôres epiploicos, fibromiômas, cancro intestinal.

EVOLUÇÃO, COMPLICAÇÕES E PROGNÓSTICO

A evolução do mægacolon é lenta e progressiva, não se podendo estabelecer categoricamente a sua duração. Esta afecção, sendo crónica, manifesta-se por crises de retenção mais ou menos longas que terminam por «debâcles» quer expontâneas quer provocadas, dando alívio ao doente.

O estado geral torna-se precário e o doente apresenta-se apático, quando não sobrevêm acidentes meningeos, convulsões, etc.

Não surgindo qualquer afecção intercorrente, a doença termina pela morte, consecutiva a uma caquexia progressiva por ina-

nição ou intoxicação, ou ainda por uma das complicações a que nos vamos referir.

As *complicações* habituais a que estão expostos os doentes são: Oclusão intestinal aguda, a obstrução parcial tornada total, a colite aguda hemorrágica ou ulcerosa com formação de abcesso flegmonoso e ainda a peritonite localizada ou generalizada, secundária a uma perfuração intestinal.

Pelas compressões resultantes da distensão do intestino surgem complicações a distância no aparelho respiratório e cárdio-vascular.

As perturbações do primeiro manifestam-se por dispneia com polipneia, bronquite, bronco-pneumonia, congestão das bases conseqüente à pequena amplitude dos movimentos respiratórios, etc.

A compressão do coração pede dar a morte súbita, quer expontânea, quer após uma intervenção (citado por Carnot), parecendo ter sido a morte, neste caso, devida à mudança brusca da posição do coração.

A rutura dos grandes retos tem sido observada, assim como alguns casos de perturbações mentais, consistindo sobretudo em preocupações hipocondríacas.

Uma outra complicação interessante do mægacolon é a distocia (citado por Cândido de Pinho).

Prognóstico — O mægacolon, quando seja desprezado, tem uma evolução que termina sempre pela morte do doente, mais ou menos rãpidamente, dependente ou independente das complicações de que é susceptível.

Mas se o tratamento fôr instituído precocemente é possível esperar a cura do doente, apesar de não muito animadores serem os resultados que têm sido, até hoje, obtidos, a mortalidade oscilando entre 55 a 60 %.

TRATAMENTO

Êste pode ser médico ou cirúrgico.

TRATAMENTO MÉDICO

Não havendo accidentes ameaçadores todo o mægácolon depois de reconhecido, pode ser submetido, de princípio, a um tratamento médico.

Primeiramente deve-se submeter o doente a um regimen dietético rigoroso e favorecer a evacuação do intestino com um regimen laxativo apropriado.

Como regimen alimentar devem dar-se alimentos que deixem abundantes resíduos, tais como: vegetais, pastas alimentícias, frutas, etc.

Os purgantes que devemos de preferência usar nêstes casos são os purgantes oleosos tanto quanto possível em doses fraccionadas. Estão absolutamente contra-indicados os purgantes salinos.

Os clisteres oleosos com óleo de ricino, azeite ou glicerina, são os que produzem melhor resultado, devendo ser feitos tão altos quanto possível, empregando-se para isso a sonda de enteroclise. Quando o clister seja sòmente introduzido no recto poucos resultados dêle se podem esperar.

Duval aconselha o uso de clisteres diários e de grande quantidade de líquido.

Comby não concorda pelo que respeita à quantidade, dizendo que os grandes enemas provocam crises dolorosas, distendendo e paralizzando o intestino.

Segundo as observações dalguns autores, visto o desastroso resultado obtido com os grandes clisteres, parece mais prudente usá-los, mas não muito abundantes na quantidade de líquido a introduzir no intestino, nesta terapêutica, como na laxativa, sendo preferíveis as pequenas doses, mas repetidas.

Por vezes os copromas ou cálculos ester-

corais têm de ser extraídos com auxílio do retoscópio ou esmagados com colher depois de ter tentado descolá-los da camada que os cerca, com um clister com água oxigenada diluída (Hallez).

Além disto é preciso modificar a flora intestinal pelo uso de antisépticos intestinais. É muitas vezes vantajoso o emprêgo da bella-dona, da atropina e da hipofisina, medicamentos êstes que vão actuar sôbre a contractilidade intestinal.

As massagens abdominais e a eléctrica, (faradização) têm sido empregados com proveito para os doentes.

Que valor devemos atribuir ao tratamento médico?

Útil por vezes, é quasi sempre insufficiente.

Não se deve todavia desprezar, mas tentá-lo antes de recorrer à intervenção cirúrgica.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Admite-se hoje sem discussão pois é o único que tenta suprimir a causa.

As muitas observações até hoje feitas permitem encarar os diferentes tratamentos

operatórios, discuti-los e talvez designar um como tratamento de escolha.

A estatística de Danzinger mostra qual o resultado obtido com o tratamento médico e o tratamento cirúrgico, sendo o seguinte em 94 casos observados :

Tratamento médico		Tratamento cirúrgico	
59 casos		35 casos	
Mortalidade.....	74 $\frac{0}{0}$	Mortalidade.....	34 $\frac{0}{0}$
Curados.....	13 $\frac{0}{0}$	Curados.....	60 $\frac{0}{0}$
Melhorados.....	7 $\frac{0}{0}$	Melhorados.....	5 $\frac{0}{0}$

Desta estatística se depreende que o tratamento cirúrgico dá uma mortalidade muito menor do que o tratamento médico.

As diferentes operações empreendidas para a cura radical ou paliativa do mège-colon são as seguintes:

Punção intestinal

Laparotomia simples

Anus contra natura

Colotomia

Coloplicatura

Colopexia

Anastomoses intestinais

Resecção de válvulas cólicas
Colectomia.

O critério que devemos seguir no tratamento operatório terá de ser adequado à variedade de ectasia e ao estado do doente, que obriga muitas vezes a uma intervenção de urgência.

A *punção abdominal*, operação inútil e por vezes prejudicial, foi praticada em casos de grande distensão abdominal, provocada por gases, que determinava perturbações respiratórias e cardíacas graves.

Com os progressos da cirurgia está hoje sendo posta de parte.

Quanto à *laparotomia simples*, permitindo apenas restabelecer o curso das fezes, é uma intervenção de resultados medíocres, hoje só se praticando a título de exploração e como primeiro tempo de ulteriores intervenções.

Uma estatística de Duval mostra que em 15 casos tratados por laparotomia se obtiveram 12 curas aparentes, destes só dois se podendo considerar definitivamente curados, os restantes ou não voltando a ser observados, ou tendo necessitado de novas intervenções.

O *anus contra natura* só deve admitir-se como tratamento de urgência, visto que, como tratamento definitivo, apresenta grandes e numerosos inconvenientes.

Praticado 18 vezes (estatística de Duval), deu 9 curas aparentes.

Alguns autores, depois de fechada a fístula intestinal, notaram que uns doentes morriam, alguns melhoravam e outros viam reaparecer as suas perturbações intestinais.

No nosso parecer deve-se praticar um anus artificial nos casos de urgência, como primeiro tempo duma ulterior operação mais completa.

A *colotomia*, actualmente abandonada por causa dos graves e maus resultados que deu, não é senão um processo paliativo, consistindo na abertura do saco cólico e na extracção do fecaloma. Cinco intervenções por êste processo deram duas mortes.

Teòricamente a *coloplicatura* dirigindo-se contra o elemento essencial, a dilatação, parece ser o método ideal, mas fracassa na prática possivelmente devido ao factor anatómico, hipertrofia, que constitui o elemento anatomopatológico principal da doença.

Praticada seis vezes por vários cirurgiões deu para alguns doentes resultados favoráveis.

Na *colopexia* há, segundo Tuffier, duas variedades: uma alta (fixação lombar) e outra baixa (fixação ilíaca).

Com êste processo pode conseguir-se o endireitamento de flexuosidades e cotovêlos do intestino, dando, como é natural, bons resultados no caso em que esta é a causa que impede a função intestinal.

A *resecção valvular cólica* foi feita por Perthes num doente que depois sofreu a colectomia, sendo uma operação insuficiente.

A *anastomose intestinal*, excluindo da circulação intestinal o segmento cólico dilatado, tem o inconveniente de deixar dentro do abdomen um saco séptico em que as paredes podem apresentar alterações graves e em que a estagnação do conteúdo pode dar lugar a acidentes tóxicos.

Entre as *anastomoses* a ílio-sigmoidostomia é a maior parte das vezes indicada, porque é uma intervenção simples, rápida, pouco perigosa e alivia o doente; mas raramente dá resultados definitivos.

Nos casos em que a dilatação invade o

recto, contra indicação para a ílio-sigmoidostomia, só a colostomia seria justificada.

A *colectomia*, sendo a que tem mais partidários, (Tuffier, Pauchet, Morestein, etc.) é também a intervenção mais completa, mais lógica e que melhores resultados tem dado porque ressecado o segmento cólico ectasiado deve assegurar a cura definitiva quando o doente suporte bem a intervenção.

É preciso notar que a ressecção cólica, sendo actualmente o tratamento de escolha, não pode ser aplicado em todos os casos.

Esta operação pode fazer-se num ou em dois tempos, numerosos sendo os defensores de uma e de outra técnica.

E se é certo que a colectomia num só tempo pode e deve vir a ser o método de escolha quando as condições em que o doente se encontra a suporte, ou quando o aperfeiçoamento da técnica a torne menos agressiva para o doente, verdade é que hoje deve ser preferida a colectomia em dois tempos, visto diminuir-se assim muito o choque operatório sofrido pelo doente.

CASOS CLÍNICOS

PRIMEIRA OBSERVAÇÃO

Doente Isabel M. P. — 38 anos de idade, casada, costureira, natural de Gaia.

Esta doente deu entrada na enfermaria 8, serviço de segunda clínica cirúrgica, em 9 de Março de 1922.

Exame da doente:

Inspecção: — Apresenta um abaülamento notável da metade esquerda do abdómen.

Palpação: — A palpação profunda do abdómen revela a existência duma massa dura, de forma aproximadamente ovoide, a extremidade mais afilada correspondendo ao púbis, indolor, de superfície regular e uma relativa mobilidade.

Intestinos deslocados para a direita da linha mediana pelo tumor existente à esquerda.

Toque vaginal:— Para trás dos fundos de saco laterais e posterior palpa-se o polo inferior da tumefacção descrita. O útero está fortemente rectoflectido, mole, móvel, não tendo relações de continuidade com o tumor.

Exame ao espéculo:— Erosão do cólo, leucorreia espessa. Altura do canal cervico-uterino — 6 centímetros.

Aparelho circulatório:— 2.^o ruído mitral vibrante.

Aparelho urinário e nervoso:— normais.

Exames Laboratoriais:— R. de Wassermann, positiva fraca.

História da doença:— Há 6 anos a doente começou a sentir muito pêso no fundo do abdómen e dôres em fígada, mantendo-se com êstes sintomas durante 5 anos. Passado êste tempo, as dôres exacerbavam-se de longe em longe, aparecendo-lhe simultaneamente vômitos alimentares.

O aparecimento da dôr não tinha relações com as refeições. A doente só há um ano sentiu a tumefacção abdominal, ao mesmo tempo que as dôres começaram a irradiar

para o lado direito do torax. Sofre há um ano duma obstipação rebelde passando semanas sem evacuar. A obstipação é tão intensa que a doente não evacua com clisteres, nem com purgantes salinos ou oleosos.

Tem leucorreia há bastante tempo.

Antecedentes pessoais:— Teve febre tifoide e há 3 anos um abôrto de 2 meses. Teve 4 filhos: dois nasceram mortos e um faleceu com 6 meses de idade. Refere também cefaleias vesperais violentas.

Antecedentes hereditários:— Pai vivo e saudável. Mãe falecida (dum parto). Tem 3 irmãos vivos e saudáveis. Marido vido e sífilítico, segundo diz a doente.

Diagnóstico:— Nesta doente, além da sua sífilis, foi diagnosticado um fibromioma do ligamento largo esquerdo com retroflexão uterina.

Tratamento:— Além do tratamento específico e da preparação prèoperatória, esta doente foi operada a 31 de Março de 1922.

A abertura da cavidade abdominal permitiu constatar um êrro de dignóstico.

Não havia fibromioma mas um mægacolon do colon descendente e ansa sigmoide, e a retroflexão uterina.

Fez-se-lhe uma istmo-fixação uterina.

Em seguida à operação retiraram-se do recto grande quantidade de fezes, mas a estase manteve-se. No dia 2 de Abril de 1922 como a estase fecal se mantivesse, fez-se-lhe uma anestesia com o clorofórmio e uma vez a doente anestesiada procedeu-se à dilatação forçada do ânus, retirando-se aproximadamente 3 quilos de fezes muito duras.

A doente continuou a fazer grande acumulação de fezes em todo o colon, principalmente no colon descendente, razão porque foi novamente submetida, no dia 11 de Abril de 1922 à anestesia para se fazer uma dilatação forçada do ânus, retirando-se-lhe então do intestino 1^k,750 gramas de fezes muito duras.

Depois, com massagens abdominais, com aplicações eléctricas (faradização) e com regimen alimentar apropriado a doente melhorou muito, tendo saído do hospital a 16 de Maio de 1922, e quando havia já bastante tempo que fazia dejecções regulares e espontâneas.

SEGUNDA OBSERVAÇÃO

Doente Manuel G. F., de 32 anos, casado, carpinteiro, natural de Mozarefes, concelho de Viana do Castelo.

Estado actual:— Entrou para a enfermaria 1— Escola— no dia 12 de Abril apresentando-se bastante astenizado e com certa palidez não só da face mas também das mucosas.

Aparelho digestivo:— Tem a língua saburrosa mas conserva o apetite.

O ventre encontra-se enormemente volumoso, regular, indolôr, na sua parede vêem-se desenhar amiüdadas vezes os contornos das ansas intestinais muito distendidas e com movimentos muito nítidos.

À percussão encontra-se uma sonoridade generalizada mas menor nos flancos. À palpação além da sensação colhida pela presença das ansas intestinais, mais visíveis do que palpáveis, nota-se a existência duma dôr localizada na fôssa ilíaca direita, dôr que a pressão em qualquer outro ponto não desperta, encon-

trando-se também com facilidade o ligamento hepato-cólico engrossado e doloroso.

Toque rectal:—Revelou a existência duma massa volumosa, pouco dura, que retrai o canal do intestino e que deve ser o resultado da acumulação de fezes na ansa sigmoide distendida, notando-se ainda a existência, na face posterior duma depressão que parece corresponder a uma préga peritonal, que, repuxando exageradamente o intestino, deve ter sido a causa inicial da redução do calibre do mesmo, favorecendo assim o aparecimento do mège-colon.

Havia 15 dias que o doente não evacuava quando foi hospitalizado, assim continuando até ao dia seguinte àquele em que pela primeira vez foi operado, apesar da terapêutica anti-espasmódica e purgativa que lhe foi instituída, improfícuos tendo sido também os clisteres evacuadores que lhe foram feitos.

Em 17 de Abril foi operado, sendo feita uma laparotomia mediana infra-umbilical, punccionadas as ansas intestinais que violentamente se exteriorizaram logo que aberta foi a cavidade abdominal, fixo o colon descendente à parede abdominal para ânus contra

natura e finalmente suturada parte da ferida operatória. As punções feitas no intestino para evacuação de gases foram cinco, três no intestino delgado e duas no grôso.

O exame da cavidade abdominal, tornado possível desde que se fez a evacuação dos gases acumulados no intestino, permitiu constatar a existência duma prega peritoneal, a que podemos chamar meso-ansa-sigmoide, que, repuxando esta, reduzia o seu calibre.

O colon, principalmente o pélvico, encontrava-se repleto de fezes e muito dilatado.

No dia imediato ao da laparotomia, quando se ia proceder à abertura da ansa intestinal fixa à parede abdominal, encontrou-se esta aberta e dando saída a matérias fecais; na tarde dêsse mesmo dia o doente apresentou sinais de peritonismo, com vômitos, dôr na região epigástrica, timpanismo enormemente exagerado.

De noite começou a fazer evacuações sucessivas, que se repetiram durante o dia seguinte, desaparecendo os vômitos, desaparecendo o timpanismo, mas mantendo-se os fenómenos dolorosos. Nos primeiros cinco dias que se seguiram à operação o pulso foi

bastante freqüente, 110 a 120 pulsações, hipotenso e pequeno, regularizando-se depois pouco a pouco.

As dejeções mantiveram-se numerosas durante quatro dias, e pode dizer-se que o doente entrava então na normalidade, de registrar sendo o facto de fezes não voltarem a ser expulsas pelo anus contra natura, que unicamente servia para descarga de gases.

Com a regularização da função intestinal veio a melhoria do estado geral do doente, para o que contribuiu também o tratamento tónico que lhe foi feito.

Mas a 13 de Maio, e consecutivamente à obliteração do anus contra natura que ao doente se havia feito em 17 de Abril, novamente surgiram os fenómenos de retenção acompanhados de sintomas de oclusão parcial.

A 15 do mesmo mês de Maio fez-se um novo anus contra natura tudo voltando em pouco tempo à normalidade, assim se conservando o doente quando a 22 de Junho pediu alta, mantendo-se o seu anus contra natura a funcionar mais como válvula de escape de gases do que de fezes, as dejec-

ções fazendo-se regularmente pelo orifício anal natural.

A sua ida para casa obedeceu ao fim de melhorar o seu estado geral, tonificando-se, devendo ser rehospitalizado quando as suas condições de resistência permitam uma operação mais extensa, se estiver ainda indicada, ou a aplicação de massagens e electricidade (faradização) para tratamento do seu mal.

Nada de notável nos restantes aparelhos orgânicos a não ser do lado do sistema nervoso uma notável desigualdade pupilar e do cárdio vascular uma acentuada baixa de tensão e uma pequenez do pulso. $T M = 11$. $T m = 7$.

História da doença—Em dezembro p. p. o doente fez uma disenteria violenta acompanhada por vezes de enterorragias e dôres violentas, mas não localizadas, e duradouras, que tratou com bismuto e ópio.

Após um período mais ou menos longo, mais de um mês, diz o doente, constatou uma obstipação rebelde, estando então 42 dias sem evacuar.

Tomou carvão, lactosimbiosina e quatro purgantes de óleo de rícino.

Toda esta terapêutica não produziu qual-

quer efeito benéfico para o doente, sendo alguns dias depois de suspender todo o tratamento que começou expontaneamente a fazer as suas dejecções, nunca o ventre voltando todavia ao seu tamanho e forma normal. Há 15 dias que de novo se instalou o período de obstipação que hoje subsiste, razão de ser da sua hospitalização.

Antecedentes pessoais—Teve a varicela em criança e a febre tifoide aos vinte anos.

Antecedentes hereditários—Mãe falecida com uma febre tifoide e o pai com uma pneumonia.

Antecedentes colaterais—Irmãos saudáveis.

Diagnóstico—A sintomatologia que este doente apresenta permite diagnosticar um mægacolon possivelmente adquirido e consecutivo ao repuxamento que a prega peritoneal a que chamamos meso-ansa-sigmoide exerceu sobre a parte terminal da ansa sigmoide.

Prognóstico—Não havendo qualquer complicação, o doente deve beneficiar muito com o tratamento quer cirúrgico (colectomia ou exclusão do intestino), quer médico (massagem e faradização).

CONCLUSÕES

1.º—O mègeacolon adquirido constitui uma entidade mórbida bem definida.

2.º—O mègeacolon é secundário a uma causa mecânica ou funcional sendo esta adquirida ou congénita.

3.º — Todo o mègeacolon adquirido carece de intervenção cirúrgica, devendo o processo operatório a aplicar obedecer a um critério especial, que é o estado sob o qual o doente se nos apresenta.

VISTO

Teixeira Bastos

PRESIDENTE.

PODE IMPRIMIR-SE

Lopes Martins

DIRECTOR.

BIBLIOGRAFIA

A. LE DENTU E PIRRE DELBET — *Nouveau Traité de Chirurgie*.

G. L. HALLEZ — *Gazette des Hopsitaux* — N.º 20-1923.
Monde Médical — Abril 1923. — *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition* — N.º 1-1922.

DR. CÂNDIDO DE PINHO — *Anais Scientificos* — N.º 1-1913-1914.

PIÈRE DUVAL — *Revue de chirurgie* — 1909.

LUÍS ROSCLE — *Mègacolon aquirido*. — *These de Buenos Ayres* — 1916.

HERIBERTO A. MASCHRON — *Enfermidade de Hirschprüng*. — *These de Buenos Ayres* — 1917.

E. J. DA SILVA MERELIM — *As sinuosidades do colon e a constipação na creança*. — *These de Lisboa* — Julho de 1906.