

N.º 274.

AS INVAGINAÇÕES INTESTINAES

DEBAIXO DO PONTO DE VISTA

DA ANATOMIA PATHOLOGICA E INDICAÇÕES THERAPEUTICAS

THESE

APRESENTADA

À ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

PARA SER DEFENDIDA

PELO ALUMNO

JOAQUIM DA SILVA

SOB A PRESIDENCIA

DO EXC.^{mo} SNR.

DR. JOSÉ FRUCTUOSO AYRES DE GOUVÊA OSORIO

LÊNTE CATHEDRATICO DA 11.^a CADEIRA

PORTO

TYP. DA LIVRARIA DE ANSELMO DE MORAES

Rua do Alameda n.º 171

1868

IX/11-18 EMC

Porto dia 17 de julho de 1808, pelas
11 horas da manhã.

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO
DEPARTAMENTO DE ANATOMIA
DEPARTAMENTO DE FISILOGIA
DEPARTAMENTO DE PATHOLOGIA
CORPO GONTHRACICO

Presidente = O Sr. Dr. José Fructuoso
Aires de Gouveia Osorio.

Ames seus

Arguente } Antonio Ferreira Braga
 } Dr. José d'Andrade Gamapa
 } João Per. Dias Lebre
 } Dr. José Carlos Lopes Jr.

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

O Exc.^{mo} Snr. Conselheiro Dr. Francisco d'Assis Sousa Vaz, Lente Jubilado

SECRETARIO

O ill.^{mo} e exc.^{mo} Snr. Joaquim Guilherme Gomes Coelho

CORPO CATHEDRATICO

LENTES PROPRIETARIOS

Os Ill.^{mos} e Exc.^{mos} Snrs.

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Dr. José Carlos Lopes Junior.
3. ^a Cadeira—Historia Natural dos Medicamentos. Materia Medica	João Xavier d'Oliveira Barros.
4. ^a Cadeira—Pathologia geral, Pathologia externa e Therapeutica externa	Antonio Ferreira Braga.
5. ^a Cadeira—Operações cirurgicas e aparelhos, com Fracturas, Hernias e Luxações	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira—Partos, molestias das mulheres de parto e dos recém-nascidos.	Manoel Maria da Costa Leite.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna, Therapeutica interna e Historia Medica.	José d'Andrade Gramaxo.
8. ^a Cadeira—Clinica Medica.	Antonio Ferreira de Macedo Pinto.
9. ^a Cadeira—Clinica Cirurgica	Agostinho Antonio do Souto.
10. ^a Cadeira—Anatomia Pathologica. Deformidades e Aneurismas.	Dr. Miguel Augusto Cesar d'Andrade.
11. ^a Cadeira—Medicina Legal, Hygiene privada e publica, e Toxicologia geral	Dr. José Fructuoso A. de Gouvêa Osorio, Presidente.
Lentes de Medicina jubilados	Dr. Francisco d'Assis Sousa Vaz. José Pereira Reis. Dr. Francisco Velloso da Cruz.
Lentes de Cirurgia jubilados	Antonio Bernardino d'Almeida. Caetano Pinto d'Azevedo. Luiz Pereira da Fonseca.

LENTES SUBSTITUTOS

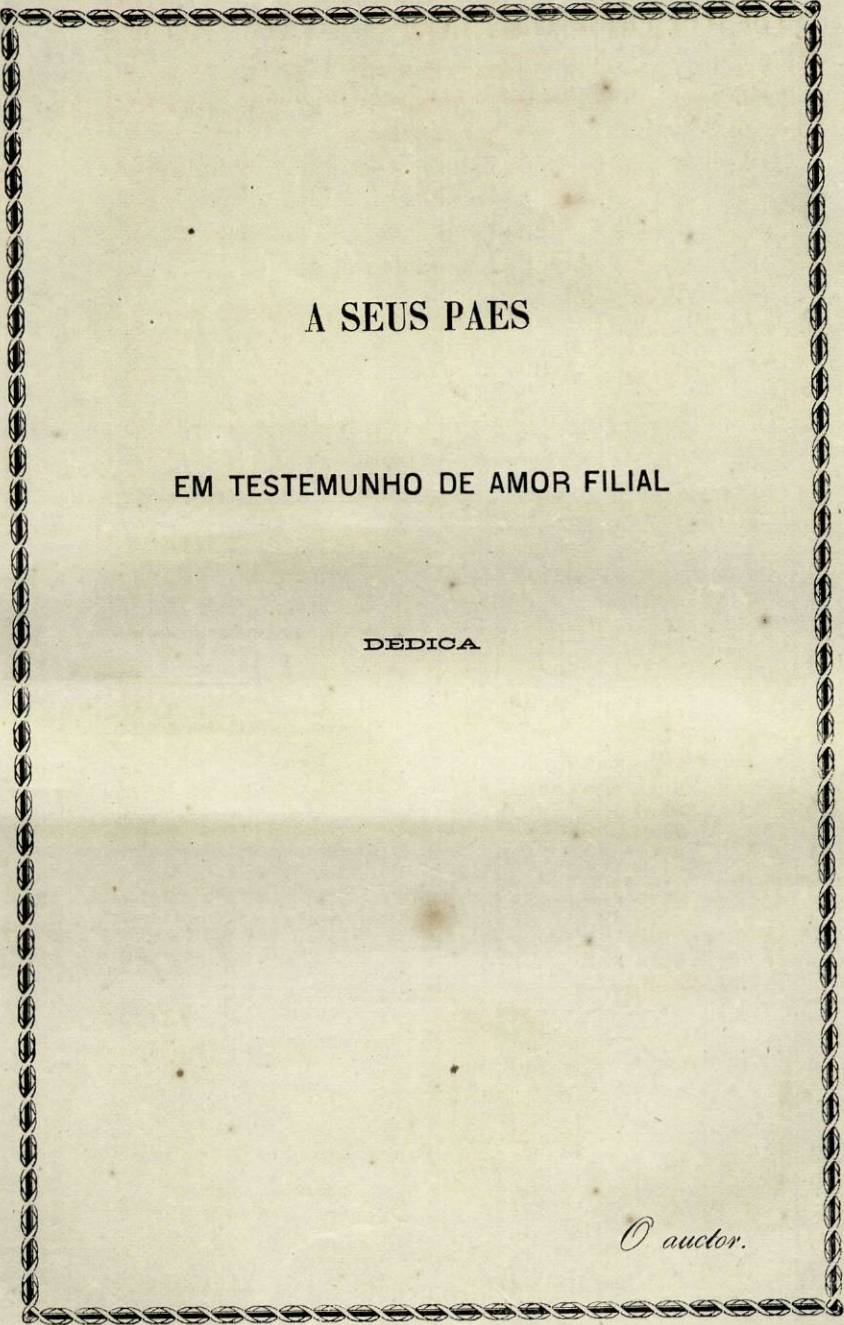
Secção Medica	Joaquim Guilherme Gomes Coelho. Vaga.
Secção Cirurgica	Vaga. Vaga.

LENTES DEMONSTRADORES

Secção Medica	Vaga.
Secção Cirurgica	Vaga.

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

(Regulamento da Escola de 23 d'Abril de 1840, art. 155.)



A SEUS PAES

EM TESTEMUNHO DE AMOR FILIAL

DEDICA

O auctor.

A SEU DIGNISSIMO PRESIDENTE

O ILL.^{mo} E EXC.^{mo} SNR.

DR. JOSÉ FRUCTUOSO AYRES DE GOUVÊA OSORIO

BACHAREL FORMADO EM PHILOSOPHIA E MEDICINA
PELA UNIVERSIDADE DE COIMBRA;
DR. EM MEDICINA E CIRURGIA PELA UNIVERSIDADE DE EDIMBURGO;
SOCIO DO INSTITUTO DE COIMBRA;
DA SOCIEDADE DAS SCIENCIAS MEDICAS DE LISBOA;
DA SOCIEDADE AGRICOLA DO PORTO; MEDICO DO HOSPITAL DO CARMO;
PROCURADOR Á JUNTA GERAL DO DISTRICTO DO PORTO;
COMMENDADOR DA ORDEM DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
DE VILLA VIÇOSA;
CAVALLEIRO DA ORDEM IMPERIAL FRANCEZA DA LEGIÃO DE HONRA;
PROFESSOR DE MEDICINA LEGAL E HYGIENE PUBLICA
NA ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO;
ETC., ETC.

EM TESTEMUNHO DE RESPEITOSA AMISADE
E SINÇERA GRATIDÃO

DEDICA

O auctor.

A SEU TIO

O ILL.^{mo} E EXC.^{mo} SNR.

LUIZ DA SILVA GANEDO

EM TESTEMUNHO DE PROFUNDO RECONHECIMENTO
E ETERNA GRATIDÃO

DEDICA

O auctor.

AO ILL.^{mo} E EXC.^{mo} SNR.

FRANCISCO VAZ DE OLIVEIRA

MOÇO DA REAL CAMARA,
CAVALLEIRO DAS ORDENS MILITARES DE N. S. J. CHRISTO,
E DA ANTIGA E MUITO NOBRE ORDEM DA TORRE-ESPADA DO VALOR,
LEALDADE E MERITO,
CONDECORADO COM A MEDALHA N.º 3 DAS CAMPANHAS DA LIBERDADE,
ALFERES DO EXTINGTO BATALHÃO PROVISORIO DE SANTO OVIDIO
COM HONRAS DO EXERCITO
E ESCRIVÃO DE DIREITO DA 2.ª VARA CIVEL DO PORTO

EM TESTEMUNHO DE AMISADE E RECONHECIMENTO

DEDICA

O auctor.

A SEU PRIMO

O ILL.^{mo} E EXC.^{mo} SNR.

DR. JOAQUIM VAZ DE OLIVEIRA

EM TESTEMUNHO DE AMISADE AFFECTUOSA
E RECONHECIMENTO

DEDICA

O auctor.

A SEU CUNHADO

O ILL.^{mo} SNR.

LUIZ AUGUSTO DA SILVA CANEDO

EM SIGNAL DE VELHA E SINCERA AMISADE

DEDICA

O auctor.

A SEU PRIMO

O ILL.^{mo} SNR.

P.^e ANTONIO JOAQUIM DA SILVA

EM TESTEMUNHO DE

RESPEITOSA AMISADE E GRATIDÃO

DEDICA

O auctor.

INTRODUÇÃO

Antes de estudar as particularidades anatomicas que se encontram nos individuos que succumbiram em consequencia de invaginação intestinal, conviria primeiro indagar por que mecanismo se opera a doença; mas eu, que restringi este meu trabalho ao estudo da anatomia pathologica e das indicações therapeuticas, não posso ainda assim eximir-me de descrever mui resumidamente a formação de uma invaginação intestinal.

Quasi todos os auctores, que teem estudado esta doença, quizeram dar uma explicação do mecanismo intimo, por pensarem que este estudo podia ser útil, attendendo a que a ideia que os medicos fazem do modo de producção de qualquer doença, influe sempre sobre as indicações therapeuticas d'ella.

Por o que diz respeito ás invaginações intestinaes, abre-se largo campo ás theorias, e ha mais de dous seculos que uma explicação quasi unica apparece sempre variada na forma e commentada de diversas maneiras. Ruysch dizia que a invaginação é produzida pela entrada de uma porção de intestino n'uma outra porção; e que este facto tem a origem n'um movimento peristaltico invertido, ou em alguns movimentos convulsivos, ou n'uma grande dilatação de uma pequena parte do canal intestinal, ou até n'uma grande constricção no mesmo canal; acontecendo que a porção mais ampla torna-se capaz de dar entrada á porção mais estreita e de a receber na sua cavidade, em consequencia dos differentes movimentos do tubo intestinal.

Em resumo, a irritação e contração d'uma parte do intestino; a distensão absoluta ou relativa da parte visinha; eis aqui para Ruysch as condições essenciaes da formação das invaginações.

Isto dizia-o elle em principios do seculo XVII; passemos agora todo um periodo de mais de duzentos annos, para virmos estudar o que a este respeito escrevem os auctores do seculo actual.

Os physiologistas a quem cumpria derramar alguma luz sobre este assumpto quasi o têm abandonado. *O tratado* do professor Bernard, considerado com justa razão como representando fielmente o estado dos nossos conhecimentos physiologicos, apenas contém sobre esta questão as poucas linhas seguintes:

«Eu não deixarei este assumpto,—fallando dos phenomenos da contração muscular do intestino,—sem vos assignalar um effeito pathologico da contração intestinal. E' a invaginação um estado no qual se vê uma parte do intestino contrahido introduzir-se n'uma porção dilatada que lhe é contigua, de tal sorte que, se a cortarmos ao travez, veremos dous tubos introduzidos um no outro.»

Ouçamos ainda um outro oraculo moderno:

«Os movimentos do intestino, diz Beclard, reconhecem-se facilmente nos animaes mortos recentemente, e nos homens logo depois que são decapitados. N'estas condições, basta abrir o abdomen para vermos o intestino mover-se debaixo da influencia só do ar atmosphérico com um movimento vermicular muito vivo.» Não se trata aqui da invaginação intestinal.

Continuemos: «Os movimentos que o contacto do ar occasiona sobre os intestinos do animal que acaba de ser morto e que se estendem em poucos instantes a toda a massa intestinal, não se operam da mesma maneira sobre o animal vivo, porque n'este ultimo não tem logar este movimento desordenado e universal.»

Isto diz apenas que persistindo os movimentos do intestino um tempo mais ou menos longo depois da morte, não é inverosimil considerar as invaginações que algumas vezes se encontram na autopsia, especialmente nos cadaveres das crianças, como phenomenos puramente cadavericos.

Vou vêr agora, se, pondo de parte a physiologia, serei mais feliz, no fim que levo em vista, com o estudo da anatomia pathologica.

Cruveilhier, que estudou com todo o cuidado o mecanismo da invaginação intestinal, diz assim, no seu tratado de anatomia pathologica geral.

«Se quizessemos produzir no cadaver uma invaginação, era preciso reduzir ao mais pequeno volume possível a porção de intestino que nos propozessemos invaginar, e fazel-a penetrar, por um movimento dirigido segundo o eixo do canal intestinal, na porção de intestino que se lhe segue e que temos conservado dilatado. Assim, em primeiro lugar: constricção d'uma porção limitada do intestino; em segundo lugar: encurtamento desta porção e da que se lhe segue; taes são as condições necessarias para produzir uma invaginação artificial.»

«Ora esta constricção e este encurtamento operados pelos dedos do anatomico sobre o cadaver, podem sel-o durante a vida por a contracção das fibras proprias do intestino; a saber, constricção por influencia da contracção das fibras circulares, e encurtamento, por influencia da contracção das fibras longitudinaes.»

«Devemos notar que a successão na contracção das fibras circulares do intestino é a essencia do movimento peristaltico, e concebesse a facilidade com que a contracção das fibras longitudinaes, que formam uma camada continua sobre toda a circumferencia do intestino, pode fazer ei trar uma porção do intestino apertado por a contracção muscular na porção do intestino que se lhe segue e que apresenta uma dilatação relativa.»

«A invaginação que é as mais das vezes descendente, isto é, produzida de cima para baixo por influencia do movimento peristaltico, póde em alguns casos ser ascendente, isto é, ser produzida de baixo para cima, por influencia do movimento ante-peristaltico.»

Ouçamos agora o que nos diz Houel, que parece seguir exactamente as mesmas ideias. «Em consequencia, diz elle, da contracção de certas fibras musculares, o intestino aperta-se n'um ponto da sua extensão. Se as fibras longitudinaes chegam a tomar um ponto d'apoio sobre as fibras circulares contrahidas, aquellas teem então uma tendencia para encolher o intestino e obrigar-o a invaginar-se.»

«E' geralmente na direcção do movimento peristaltico que se opera a contracção das fibras circulares e longitudinaes, e é este o mo-

tivo porque a invaginação é quasi sempre descendente. Mas se por uma razão, que não é facil conceber, a contracção se faz n'um movimento ante-peristaltico, é então debaixo para cima que se faz a invaginação.»

Segundo este modo de vêr, a contracção intestinal representaria exclusivamente o papel activo na producção das invaginações, por isso que Houel não falla na dilatação das partes visinhas á porção contrahida, e a introdução do intestino é considerada como consequencia do encolhimento que sobreveio durante a contracção das fibras longitudinaes.

Admittindo por um momento que a contractilidade intestinal possa por si mesma produzir a invaginação do intestino, vejamos o que se passa n'uma porção animada d'um movimento peristaltico. Já que a contracção depende do movimento peristaltico, deve elevar, apertando-a, a parte que se contrahe. Sabe-se que, no movimento peristaltico, a porção do intestino em que vai introduzir-se a massa alimentar, caminhando do estomago para o recto, vem forçosamente adiante d'ella, por a contracção das fibras longitudinaes, que fazem caminhar debaixo para cima o cylindro intestinal sobre as materias que elle contem.

N'este caso parece evidente que uma porção de intestino que se eleva, isto é, que se aproxima do estomago, não pôde fazer outra coisa, a ter de introduzir-se n'uma porção visinha, senão na porção superior, isto é na que fica mais proxima do estomago.

Eis aqui, pois, o movimento peristaltico, ao qual se attribue a producção das invaginações descendentes, que são sem contradicção as que mais vezes apparecem, não pôde produzir senão invaginações ascendentes, que são as mais raras, achando-se as theorias dos auctores ha pouco citados em contradicção com as leis da physiologia.

Escuso de ir mais longe para tirar as seguintes conclusões:

1.^a—A contracção muscular do intestino, primitivamente e por si mesma, não pôde produzir uma invaginação intestinal morbida.

2.^a—Admittindo, como demonstrado, este modo de producção das invaginações, somos obrigados a confessar que até hoje ainda se não deu uma explicação satisfactoria do seu mecanismo intimo.

ANATOMIA PATHOLOGICA

Quando se examinam os intestinos d'um individuo que succumbiu aos accidentes produzidos por uma invaginação, encontra-se, independentemente das lezões proprias a todos os casos de obstaculos ao curso das materias fecaes, uma porção do tubo intestinal mais volumoso e mais duro do que no estado normal, formando um verdadeiro tumor.

Este tumor, cujo volume varia desde o de um pequeno ovo até o de um punho de homem vigoroso, continua-se insensivelmente por uma das suas extremidades com uma porção do intestino contiguo e apresenta na outra extremidade uma especie de anel, no interior do qual vem perder-se uma outra porção de intestino.

Examinando-se as partes que entram na composição d'este tumor, reconhece-se: 1.º uma porção exterior superficial, formando uma especie de sacco com duas aberturas, a que podemos chamar bainha. Esta porção continua-se por um lado, sem linha de demarcação, com o resto do intestino, e por outro lado dobra-se sobre si mesma de fora para dentro, formando uma especie de anel, que se póde designar com o nome de anel exterior.

2.º Seguindo esta parede, depois da sua reflexão, vemol-a formar uma segunda camada, que se une á face interna ou profunda da primeira e acompanha-a n'uma extensão mais ou menos conside-

ravel; depois dobra-se por sua vez, em sentido inverso da primeira, formando, no ponto da reflexão, um segundo anel em forma de collo uterino a que se chama anel interior ou interno.

Depois da sua reflexão une-se á face profunda da segunda parede e vai continuar-se por a sua outra extremidade com a porção de intestino que penetra no anel exterior.

Quer isto dizer que o tumor é formado por a sobreposição de tres camadas ou cylindros, externo, medio e interno, e que formam nos seus pontos de união duas dobras em forma de aneis mais ou menos expessos, mais ou menos salientes.

A porção de intestino que forma o primeiro cylindro chama-se porção invaginante, e as outras duas, invaginadas, e constituem o rolo ou toro da invaginação.

As paredes intestinaes, assim deslocadas, contraem entre si relações anormaes cujo estudo é de grande importancia.

Cada cylindro tem duas superficies, uma serosa, outra mucosa. A superficie serosa da porção externa ou invaginante fica livre e em relação com os diversos orgãos da cavidade abdominal. A superficie mucosa do cylindro interno fica igualmente livre e constitue a superficie interna do tumor.

Na porção intermediaria, unem-se as superficies serosa a serosa e mucosa a mucosa, e formam no seu ponto de reunião dous fundos de sacco, mais ou menos profundos, segundo a extensão da invaginação.

D'estes dous fundos de sacco, um, o primeiro que se encontra, examinando o tumor de fora para dentro, tem por paredes a superficie mucosa da bainha ou cylindro externo e a superficie mucosa do cylindro medio. Este fundo de sacco corresponde ao anel exterior.

O outro fundo de sacco mais interno é formado pelo encostamento das serosas dos cylindros interno e medio. Este fundo de sacco fica situado em sentido inverso ao primeiro e corresponde ao anel interno.

E' esta disposição que dá logar a dizermos que, nas invaginações de tres cylindros, se encontram, caminhando de fóra para dentro, uma serosa, duas mucosas, duas serosas e uma mucosa.

A invaginação dupla compõe-se: 1.º de uma invaginação sim-

ples formada pelo typo da que precedentemente descrevi; 2.º da duplicatura da porção de intestino em que penetrou a invaginação simples.

O tumor formado pela invaginação simples considerado em globo representa o cylindro interno o qual se acha envolvido por uma bainha ou cylindro externo, reforçada por a porção novamente *reflectida*.

Examinando a invaginação de fóra para dentro, encontra-se uma superficie serosa, duas mucosas, formando um fundo de sacco, duas *serosas* formando outro fundo de sacco, e em seguida as partes constituintes da primeira invaginação; taes são: um fundo de sacco mucoso, um fundo de sacco seroso e uma superficie mucosa interna, formando ao todo cinco cylindros.

Na invaginação tripla, o tumor da invaginação dupla, considerado no seu todo, formará a massa central por fóra da qual se encontram duas novas paredes sobre-postas.

Examinando da parte externa para a interna, encontra-se uma serosa, um fundo de sacco mucoso, um fundo de sacco seroso, um fundo de sacco mucoso, dous fundos de sacco serosos, separados por um fundo de sacco mucoso, e enfim o canal mucoso central, formando ao todo sete cylindros.

Em summa, quando uma porção de intestino invaginado, seja qual for a composição da invaginação, penetra na porção do intestino visinho cobre-se de duas novas paredes e forma dous novos anneis. Já mostrei que a invaginação simples tem dous, a dupla quatro e a tripla seis.

O intestino invaginado, soffrendo a deslocação que acabo de descrever, arrasta comsigo a prega peritoneal, mais ou menos espessa, mais ou menos frouxa, que lhe serve de prisão.

Esta prega enrugada e torcida, em forma de corda, ou de grosso ligamento, occupa uma porção mais ou menos consideravel do fundo ou dos fundos de saccos serosos, e forma quasi sempre uma verdadeira corda tensa entre os seus pontos de inserção e as partes invaginadas. Resultam d'aqui torsões variadas no rolo da invaginação, e que se encontram descriptas em differentes auctores.

Limitei-me até aqui a descrever as relações das partes invagi-

nadas, taes como nós as podemos produzir sobre tubos inertes, ou sobre os intestinos de um cadaver; estudarei agora as diversas alterações que podem sobrevir nas diversas partes constituintes da invaginação.

Acontece, posto que rarissimas vezes, que a autopsia mostra estas diversas partes isentas de alterações anatomicas; mas no maior numero de casos, encontram-se estas alterações mais ou menos profundas, e desde já passo a descrevel-as nas diversas tunicas do intestino, começando por as alterações da tunica serosa.

1.º

LESÕES ANATICAS DA TUNICA SEROSA.

A autopsia mostra quasi sempre a tunica serosa dos diversos cylindros injectada, aspera e forrada d'uma exsudação pseudo-membranosa. Umas vezes, entre as superficies de contacto, existem filamentos cellulosos, laminas extensas de uma a outra e contendo, nas areolas que ellas interseptam, serosidades ou producções purulentas; outras vezes, uma adherencia mais forte, uma união intima entre os folhetos serosos. Umas vezes estas adherencias apparecem exclusivamente ao nivel do collo, outras vezes, e d'estas é o maior numero, existem quer na totalidade, quer na maior parte das superficies serosas de contacto; finalmente outras vezes, quer estejam ou não alteradas as partes invaginadas, as superficies serosas da invaginação não apresentam vestigios de invaginação, ou estão livres de qualquer adherencia.

Vejamos agora quaes são as circumstancias que parecem ser causa d'esta differença.

A antiguidade da doença nada póde influir; porque ha casos em que uma invaginação de muitos mezes, não tinha produzido adherencias, assim como as não tinha produzido uma invaginação de 70 horas. Todavia, é forçoso confessar que, nos casos em que existem adherencias, a doença é em geral antiga.

Ha tambem um caso em que se encontraram adherencias solidas e difíceis de delacerar, n'uma invaginação que durou só dois

dias, o que nos leva a crer que a doença existia ha muito tempo, quando se manifestaram os accidentes mortaes.

Estas adherencias tanto se produzem nos intestinos delgados, como nos grossos.

Apenas pude colher duas observações em que as adherencias das serosas se limitassem ao nivel do *annel*. N'um dos casos, a doença tinha mais de quatro mezes de duração e teve logar no intestino grosso.

Todos os auctores, que têm estudado a eliminação espontanea das partes invaginadas, são concordes em dizer que a adherencia das superficies serosas era uma condição essencial de cura. Mas o que nem todos dizem é que a condição essencial para a eliminação é a pequena extensão d'esta adherencia e o estar limitada á parte comprimida por o *annel*.

Todos os auctores que descrevem os segmentos do tubo intestinal evacuados pelas camaras, fallam sempre de um canal continuo mais ou menos alterado pela inflammação, por as gangrenas parciaes, ou por as perfurações, mas cujas alterações tem logar nas duas extremidades. Mas não fallam nas porções expulsadas, dobradas sobre si mesmas e sustentadas n'esta posição por adherencias entre as superficies serosas de contacto, assim como tão frequentemente se observa nas autopsias.

Se estas adherencias tiveram existido haviamos forçosamente de encontral-as depois da eliminação do sequestro fora do intestino. Não se póde dizer que a gangrena as destruiu; porque no maior numero de casos as porções intestinaes expulsas estão quasi intactas e não apresentam vestigios de gangrena senão nas extremidades.

De ordinario, mas nem sempre, sobrevem a peritonite nos casos de invaginação que terminam pela morte. Em alguns casos falta completamente, em outros, limita-se apenas ás visinhanças do tumor da invaginação, mas quasi sempre é geral e mais ou menos intensa. Tem por caracter particular o ser uma inflammação adhesiva; sendo mais intensa sobre o folheto visceral do que sobre o parietal, e só excepcionalmente vem acompanhada de derramamento; mas quando este apparece é sero-purulento, sero-sanguinolento e algumas vezes só purulento.

Debaixo d'estes diversos pontos de vista, a peritonite propria das invaginações assemelha-se muito á peritonite que se desenvolve de baixo da influencia da inflammação herniaria, cujo character é ser rarissimas vezes acompanhada de derramamento.

Estudemos agora as relações do desenvolvimento da peritonite com a natureza da invaginação, com o estudo das tunicas intestinaes, e com a idade positiva ou provavel da lezão intestinal.

A peritonite parece ser menos frequente na invaginação dos intestinos delgados do que na dos intestinos grossos. No pequeno numero de observações de invaginação do intestino delgado, apenas encontrei em dous uma ausencia completa de peritonite; ao passo que n'um numero muito mais consideravel de invaginações dos grossos intestinos, só em quatro casos faltava a inflammação peritoneal.

Quando a autopsia mostra o peritoneo intacto, a doença foi em geral de curta duração. Esta ausencia da peritonite coincide constantemente com uma integridade quasi completa dos cylindros invaginados, que estão algumas vezes ecchymosados, mas nunca excessivamente inflammados nem gangrenados.

Só excepcionalmente póde existir a peritonite n'um grau intenso, ainda mesmo que as superficies serosas das partes invaginadas estejam livres de inflammação.

A peritonite limitada ás circumvisinhanças das partes invaginadas parece ser rarissima nos casos de invaginação que terminam pela morte.

Apenas pude encontrar duas observações onde se notava a existencia d'esta inflammação. Na primeira, tratava-se de uma invaginação do intestino delgado; na segunda, de uma invaginação do intestino grosso; mas em ambas ellas as lezões das tunicas intestinaes eram pouco distinctas.

E' digno de notar-se que a peritonite é, em geral, tanto mais distincta quanto mais se avizinha do tumor da invaginação.

2.º
LESÕES ANATOMICAS DA TUNICA MUCOSA

Nas invaginações intestinaes, a membrana mucosa apparece quasi constantemente alterada. Quasi sempre apparece esta membrana congestionada de uma côr vermelha intensa, outras vezes, apresenta uma côr cinzenta, o que, n'este ultimo caso, parece indicar uma flegmasia antiga.

A superficie desta membrana apparece coberta por materias estercoraes, ou por materias mucosas mais ou menos alteradas, misturadas com sangue e que se accumulam nos fundos de sacco mucosos e entre as superficies que estão em contacto. Outras vezes, a mucosa apresenta-se côr de violeta, ou completamente negra, quando o seu tecido está infiltrado de sangue em toda a espessura; n'este ultimo caso, está quasi sempre coberta de muco sanguinolento e algumas vezes até de sangue puro.

Esta membrana augmenta sempre de espessura, é turgida, dobrada transversalmente sobre si mesma e perde neste caso os caracteres d'aspecto que são proprios d'aquella região, a ponto de, no intestino delgado, desaparecerem completamente as valvulas conniventes.

Ao passo que augmenta a espessura diminue a consistencia. Algumas vezes o amolecimento é tão distincto em certos pontos, que, em logar da mucosa, encontra-se uma massa sanioza, fetida. Póde comparar-se o aspecto que n'este caso apresenta a superficie mucosa do intestino invaginado com o aspecto da superficie interna do utero logo depois do parto. Outras vezes o amolecimento manifesta-se apenas na difficuldade que encontra o observador em destacar um retalho.

Estas lezões da membrana mucosa augmentam, em geral, do centro para a circumferencia da invaginação, e apresentam o maximo de intensidade ao nivel do anel interno.

Com estas alterações existem, juntamente, em muitos casos, ulcerações e escaras mais ou menos extensas.

A gangrena da mucosa apparece raras vezes só, mas quando

apparece accomette ordinariamente toda a espessura da parede intestinal. A gangrena de todo o tumor da invaginação é um facto muito excepcional; porque a morte sobrevem antes da gangrena se estabelecer. O que mais vezes se encontra é a mucosa semeada de manchas escuras, que os auctores consideram como o indicio da proxima formação das escaras.

Em grau mais adiantado apparecem ulcerações mais ou menos extensas, mais ou menos profundas; estas ultimas em nada differem das ulcerações ordinarias da mucosa intestinal, e encontram-se reunidas em numero consideravel ao nivel da invaginação; outras vezes, e d'estas é o maior numero, são de natureza gangrenosa, os bordos são pardos, anegrestados, recortados e descollados; o fundo apresenta uma massa fetida e sanguinolenta.

Não sei de facto algum que apresentasse adherencias entre as superficies mucosas em contacto. As exsudações que podem formar-se na sua superficie são expelidas, á medida que se vão formando. Entre estas superficies encontra-se muco, algumas vezes grande quantidade de materia mucosa esbranquiçada com o aspecto e a consistencia de geleia, outras vezes, muco sanguinolento, outras, sangue puro, ou ainda uma massa saniosa.

Só por excepção se encontra, á superficie do rolo da invaginação, producções de apparencia organica e com adherencias.

N'um caso citado por Cruveilhier, (1) a mucosa estava coberta por uma camada pseudo-membranosa, desigual e rugosa, e que cobria, n'uma grande extensão, as valvulas conniventes.

As alterações da mucosa raras vezes se limitam ás partes invaginadas, prolongam-se, quasi sempre, mais ou menos longe na extremidade superior, e, só excepcionalmente, as vemos estenderem-se por a extremidade inferior.

A descripção d'estas alterações são feitas pelos auctores com menos cuidados, do que as da propria invaginação. Contentam-se apenas com dizer que o intestino, n'uma extensão variavel acima da invaginação, apparece excepcionalmente inflammado; que, algumas vezes, a inflamação apparece em toda a extensão da extremidade in-

(1) Cruveilhier.—Grande ouvrag. liv. 22, pag. 4, 5 e 6.

testinal superior; mas que geralmente só é bem distincta n'uma extensão de dous ou tres palmos.

Na parte intestinal superior que se encontra logo acima da invaginação, veem-se muitas vezes alterações analogas ás da mucosa das partes invaginadas; côr azul escura, infiltração sanguinea, amolecimento, manchas azues escuras, lividas, gangrenosas e ulcerações superficiaes.

Na extremidade intestinal inferior; a mucosa apparece constantemente sã e só apresenta as alterações de côr, produzidas, as mais das vezes, por a presença das materias e do sangue proveniente das partes invaginadas.

3.º

LESÕES ANATOMICAS DAS CAMADAS MUSCULARES E CELLULARES

No estado de desorganisação mais ou menos adiantado em que se encontram as paredes intestinaes ao nivel da invaginação, é muito difficil, senão impossivel, distinguir as lesões nas differentes camadas.

Quasi tudo se reduz a dizer que a tunica muscular e os planos cellulosos participam das diversas alterações descriptas da membrana mucosa: injeccão, augmento de espessura, edema, infiltração sanguinea, gangrena local, ulceração e distensão mais ou menos completa.

Todavia, algumas vezes, quando as lesões intestinaes estavam n'um periodo pouco adiantado, ou quando a marcha da doença tinha sido vagarosa, tem-se podido reconhecer um augmento de espessura do tecido cellular sub-mucoso e uma hypertrophia da tunica muscular. Cruveilhier (1) pôde n'um caso, dissecar as quatro tunicas do intestino e reconhecer que as camadas cellulosas que as separavam estavam infiltradas de sangue, e que era especialmente no tecido cellular sub-mucoso, que tinha logar esta infiltração. N'um outro caso, (2) a dissecção do cylindro medio mostrou um augmento de espessura não menos consideravel, e evidentemente hypertrophico

(1) Cruveilhier—Grande ouvrag. liv. 22, pag. 4, 5, 6.

(2) Cruveilhier—Grande ouvrag. liv. 21, pag. 6.

das membranas fibrosa e musciosa. Encontram-se as mesmas alterações, mas em grau muito mais elevado, nas porções intestinaes situadas acima da invaginação. Todavia, a hypertrophia da tunica muscular, tanto na invaginação como nas outras variedades de estrangulamento interno, não é bem distincta, senão nos casos, e que são os mais frequentes, em que muito antes de apparecerem os phenomenos graves de estrangulamento, existia já um obstaculo notavel ao curso das materias intestinaes.

Em quanto a obstrucção da tunica muscular, a obstrucção da tunica fibrosa e a obstrucção da tunica mucosa, são as mais frequentes, e a obstrucção da tunica muscular é a mais grave.

Em quanto a obstrucção da tunica muscular, a obstrucção da tunica fibrosa e a obstrucção da tunica mucosa, são as mais frequentes, e a obstrucção da tunica muscular é a mais grave.

Em quanto a obstrucção da tunica muscular, a obstrucção da tunica fibrosa e a obstrucção da tunica mucosa, são as mais frequentes, e a obstrucção da tunica muscular é a mais grave.

Em quanto a obstrucção da tunica muscular, a obstrucção da tunica fibrosa e a obstrucção da tunica mucosa, são as mais frequentes, e a obstrucção da tunica muscular é a mais grave.

Em quanto a obstrucção da tunica muscular, a obstrucção da tunica fibrosa e a obstrucção da tunica mucosa, são as mais frequentes, e a obstrucção da tunica muscular é a mais grave.

Em quanto a obstrucção da tunica muscular, a obstrucção da tunica fibrosa e a obstrucção da tunica mucosa, são as mais frequentes, e a obstrucção da tunica muscular é a mais grave.

Em quanto a obstrucção da tunica muscular, a obstrucção da tunica fibrosa e a obstrucção da tunica mucosa, são as mais frequentes, e a obstrucção da tunica muscular é a mais grave.

Em quanto a obstrucção da tunica muscular, a obstrucção da tunica fibrosa e a obstrucção da tunica mucosa, são as mais frequentes, e a obstrucção da tunica muscular é a mais grave.

Em quanto a obstrucção da tunica muscular, a obstrucção da tunica fibrosa e a obstrucção da tunica mucosa, são as mais frequentes, e a obstrucção da tunica muscular é a mais grave.

Em quanto a obstrucção da tunica muscular, a obstrucção da tunica fibrosa e a obstrucção da tunica mucosa, são as mais frequentes, e a obstrucção da tunica muscular é a mais grave.

DAS INDICAÇÕES THERAPEUTICAS

O conhecimento das disposições anatomicas da invaginação, e a facilidade com que esta ultima algumas vezes desaparece no cadaver, suggeriram a alguns praticos a ideia de exercer uma acção directa sobre o intestino, obrigando o doente a engulir corpos pesados, com o fim d'actuaem de cima para baixo, ou injectando pelo anus gazes ou liquidos destinados actuaem em sentido inverso.

A maior parte d'estes meios cahiram no esquecimento, e alguns d'elles são hoje lembrados, só com o fim de serem proscriptos; taes são, por exemplo, o emprego do mercurio, das ballas e do chumbo granulado.

Citam-se casos felizes attribuidos ao emprego d'estes meios de tratamento, mas é muito difficil, senão impossivel, o verificar taes resultados; ao passo que é, quasi sempre, facil verificar o mau resultado d'elles.

Desde já se póde dizer que o emprego dos corpos pesados, posto que theoreticamente racional em certas variedades de invaginações, deve ser completamente abandonado, não só por causa da incerteza dos seus resultados, mas muito principalmente por ser um meio perigoso, attendendo á possibilidade de uma ruptura do intestino tão frequentemente alterado, e ás vezes tão profundamente, como já fiz notar, quando descrevi as lesões anatomicas d'este orgão.

Não se pôde dizer outro tanto dos meios mechanicos dirigidos de baixo para cima; porque estes merecem mais consideração.

N'uma porção de intestino invaginado que ainda não contrahi adherencias, é muito possivel que uma injeccão liquida ou gazosa, actuando energeticamente por toda a superficie do rolo da invaginação, o possa repellir, e obrigue as partes deslocadas a tomarem a sua posição natural.

E' este um meio que se não deve regeitar absolutamente nos casos de invaginação do intestino grosso. Mas o que é sempre um obstaculo ao bom resultado dos meios mechanicos quaesquer que sejam, é que, as mais das vezes, nos casos em que a invaginação é muito manifesta para que haja a certeza da sua existencia, é já muito antiga, e por conseguinte as tunicas intestinaes estão profundamente alteradas e existem adherencias entre as superficies serosas que estão em contacto.

Alem d'isto ha circumstancias que nos obrigam a sermos muito prudentes no emprego d'estes meios, os quaes, para terem uma acção real, necessitam uma certa violencia. Devemos, por exemplo, abstermo-nos d'elles todas as vezes que a longa duração da doença, a natureza das materias expulsadas pelo anus, ou a existencia não duvidosa de uma peritonite, nos indiquem a existencia de graves e profundas alterações nas paredes do intestino invaginado.

A importancia que se ligava á contracção muscular, no desenvolvimento da deslocação intestinal, fez procurar os meios de produzir no intestino contracções inversas áquellas que produziram a invaginação; e foi com este fim que em certas epochas se empregaram os vomitivos e os purgantes. Os primeiros, produzindo contracções antiperistalticas, deviam destruir as invaginações progressivas ou descendentes; e os segundos, excitando os movimentos peristalticos, deviam destruir as invaginações retrogadas ou ascendentes.

Adoptada esta theoria, tudo era logico. Se as contracções dirigidas n'um sentido podiam produzir uma invaginação, deviam destruil-a as contracções em sentido inverso.

Infelizmente a theoria da formação da invaginação, e a theoria do modo de acção dos vomitivos e dos purgantes eram tão mal fun-

dadas, que os resultados therapeuticos foram nullos ao contrario do que se esperava.

Hoje já ninguém lança mão dos vomitivos, e se, algumas vezes, se recorre aos purgantes, é só para combater os symptomas, sem esperança alguma de actuar sobre a lesão.

Eu não hesito em rejeitar completamente o emprego dos purgantes na invaginação intestinal. Se se admite, seja qual for a causa da doença, que o rolo da invaginação constitue um verdadeiro corpo estranho, que tende sempre a caminhar no sentido do curso das materias, devemos considerar como perigosos todos os excitantes da contractilidade muscular intestinal.

Se a constipação é o phenomeno dominante, devemos empregar todos os esforços para a combater, recorrendo ás emulsões oleosas simples, administradas em grande abundancia.

No emprego das emissões sanguineas parece consistir a indicação mais racional. É um facto quasi constante, qualquer que seja a sede ou a natureza da invaginação, a existencia de lesões inflammatorias mais ou menos graves, nos diversos cylindros, n'uma extensão mais ou menos consideravel da extremidade superior e na serosa peritoneal. Estas emissões sanguineas devem ser sempre locaes, e practicadas sobre a parede abdominal, ao nivel da supposta séde da lesão, ou então á volta do anus.

Por o que diz respeito ás sangrias geraes, o estado de emmagrecimento, e até de emaciação excessiva em que se encontram tantas vezes os doentes que soffrem uma invaginação, no momento em que esta doença se reconhece positivamente, tornam a indicação muito pouco frequente.

Quando o rolo da invaginação chega até o recto, ensina-nos a anatomia pathologica que as lesões são taes, que tornam impossivel a redução até mesmo sobre o cadaver. N'estes casos ha pouca esperança de bom resultado com a applicação d'estes meios, e podemos consideral-os como seguramente inuteis e até perigosos, se tivermos a certeza de que existem as contra-indicações que ha pouco citei, no emprego das injecções forçadas.

Parece que n'estes casos a indicação consiste em nos limitarmos

ao emprego das injeções deterrentas, chloruretadas, ou feitas com um decocto de casca de quina.

Quando o rolo da invaginação apresenta saliência através do anus, se o tumor anal apresenta signaes evidentes de ulceração profunda ou de gangrena, parece que n'estes casos ninguem deve tentar a redução; porque tudo nos leva a crer que ao nivel do collo são mais profundas ainda as alterações, e por conseguinte podemos suppor a cura possivel por meio da expulsão espontanea.

N'este caso devemos limitar-nos a applicar sobre o tumor um curativo apropriado e disposto de maneira que o não comprima excessivamente. Podemos tambem, com mais ou menos difficuldade, encontrar no vertice do tumor, entre as pregas da mucosa, o orificio da valvula ileo-cecal que conduz ao intestino grosso, se a invaginação é propriamente d'este intestino, e ao intestino delgado se a invaginação é complexa; e por este orificio talvez se possam applicar injeções emolientes, deterrentas, chloruretadas, e talvez mesmo, com vantagem, injeções adstringentes nos casos em que o doente está exaustão de forças por consideraveis evacuações sanguineas.

Quando o tumor não apresenta alterações profundas, quando a peritonite não parece intensa, e principalmente quando o tumor intestinal se desenvolveu rapidamente, n'este caso podemos tentar a redução.

A insufficiencia já demonstrada dos meios mecanicos e dos meios medicinaes propriamente ditos no tratamento das invaginações, a terminação quasi invariavelmente funesta da doença por um lado, e, por outro lado, a reconhecida possibilidade de chegar em certos casos até á séde da lezão, e igualmente a existencia tambem reconhecida de alguns casos em que as lezões intestinaes eram pouco apreciaveis, são circumstancias que já hoje não permitem regeitar absolutamente e a priori a intervenção d'um tratamento cirurgico.

Eu não tenho a louca vaidade de querer tratar aqui com todas as suas minuciosidades uma das questões mais arduas da cirurgia e acerca da qual ainda hoje os mais distinctos praticos estão indecisos; mas para ser coherente com o titulo deste meu trabalho, vou reduzir esta questão aos termos seguintes:

Entre os casos de invaginação, ha algum que pareça reclamar a intervenção da cirurgia?

Qual póde ser esta intervenção?

Eu disse, quando tratei da anatomia pathologica, que havia casos em que não só não existia peritonite, mas até senão encontrava lezão grave no tecido das paredes do intestino invaginado. Para melhor comprehensão citarei um caso que se lê a pag. 181 do 1.º vol. do *Recueil des travaux de la Soc. med. d'observation*. Trata-se d'uma invaginação tripla do intestino delgado, manifestada, durante a vida, por um tumor abdominal, colicas, vomitos continuos e por uma emaciação progressiva e profunda sem vestigios de cachexia.

Os symptomas observados durante a vida estiveram em relação com os resultados da observação cadaverica. Durante toda a doença, nunca appareceram signaes de inflammação mais ou menos extensa do peritónio. As fezes nunca apresentaram aquellas mucosidades sanguinolentas, indicios de uma alteração profunda da mucosa intestinal, alguns phenomenos na apparencia insolitos, a retracção permanente do ventre, e a longa duração da doença com ausencia completa d'accidentes inflammatorios, foram as unicas circumstancias que impediram que se reconhecesse positivamente a natureza da doença.

Eis aqui, pois, um caso em que era possivel a gastrotomia, e em que não haviam difficuldades invenciveis, e que era o unico meio de salvar a vida do doente.

O problema para os casos desta natureza reduz-se a uma questão de diagnostico. Eu não estranho que os medicos que observaram o doente e os que lerem esta observação, não cheguem a estabelecer um diagnostico exacto; mas o que é certo, é que o doente era novo, que a doença durava ha mais de onze mezes, que já nada havia a esperar dos esforços da natureza, e que uma operação cirurgica tinha probabilidades de bom resultado.

Mas nos casos muito mais frequentes, em que existem lesões graves do intestino e do peritoneo, é evidente que a gastrotomia seria, pelo menos, inutil, e que a intervenção da cirurgia não poderia ter logar.

Debaixo deste ponto de vista, podem apresentar-se dous casos; ou a invaginação produz um estorvo ao curso das materias alvinas, estorvo bastante pronunciado para constituir o phenomeno dominante; ou, pelo contrario, não ha constipação, e as lesões do intestino e do peritoneo constituem, por si mesmas, toda a gravidade da doença.

No primeiro caso está evidentemente indicada a gastro-enterotomia; no segundo, toda a intervenção cirurgica seria prejudicial.

De tudo o que acima deixo escripto sou levado a tirar as seguintes conclusões:

1.º Ha casos em que é possível fazer um diagnostico tão exacto da natureza e da sede da invaginação, que auctorisam o operador a praticar uma incisão nas paredes do abdomen para tentar desfazer directamente a invaginação.

2.º As indicações da gastrotomia, no estado actual da sciencia, poucas vezes se apresentam; mas devem tornar-se mais frequentes, quando forem mais conhecidas as lesões anatomicas, e, muito principalmente, as manifestações symptomaticas das invaginações intestinaes.

3.º Nos casos em que não tivermos um conhecimento exacto do ponto das paredes abdominaes que correspondem á sede da invaginação, ou quando esta for de natureza tal, que não possa ser remediada pela gastrotomia, nestes casos, repito, o unico recurso applicavel é só a gastro-enterotomia.

4.º Dado o precedente caso, a incisão deve ser sempre praticada sobre o grosso intestino, quando a invaginação tiver logar sobre qualquer ponto deste intestino.

5.º Todas as vezes que se praticar a enterotomia n'uma invaginação do intestino delgado, a incisão deverá ser praticada com preferencia ao nivel da fossa iliaca direita, a não ser que appareçam contra-indicações especiaes; porque é n'esta região que se hão de encontrar as ansas mais inferiores do intestino delgado.

6.º O operador, tendo sempre em vista a frequencia das invaginações intestinaes nas visinhanças desta mesma região, deve antes de praticar a incisão do intestino, certificar-se por meio de indagações feitas com todo o escrupulo, e tanto quanto o permittirem a grandeza da incisão e o comprimento do dedo, se é possível reconhecer o ponto onde o intestino está invaginado; porque, em tal caso, é conveniente augmentar a incisão e actuar directamente sobre o ponto invaginado.

PROPOSIÇÕES

1.^a
Anatomia.—O estudo de anatomia deve começar por o esqueleto.

2.^a
Physiologia.—Existe uma função glycogenica.

3.^a
Pharmacologia.—Não ha medicamentos abortivos.

4.^a
Pathologia externa.—A compressão é um bom meio de cura nos aneurismas.

5.^a
Operações.—A ligadura de tripa deve ser empregada de preferencia na laqueação da aorta.

6.^a
Partos.—A operação cesariana não deve ser praticada no vivo.

7.^a
Pathologia interna.—A homœopathia só pode servir como medicina expectante.

8.^a
Anatomia pathologica.—Não ha pus sem inflammação.

9.^a
Hygiene.—O uso dos tabacos é prejudicial á saude.

Vista,
Dr. Osorio.

Visto.
Gomes Coelho,
Secretario.
Póde imprimir-se.
Dr. Assis,
Director.