

3 616  
**DISSERTAÇÃO INAUGURAL**

SOBRE O

**TRATAMENTO DA FISTULA DO ANUS,**

PRECEDIDA

**DE ALGUMAS CONSIDERAÇÕES**

**SOBRE ESTA MOLESTIA.**

**THESE**

Que foi apresentada a' Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e sustentada em  
6 de Dezembro de 1841,

POR

Bernardo Pereira Peixoto,

NATURAL DA CIDADE DE ANGRA DOS REIS (PROVINCIA DO RIO DE JANEIRO),

DOUTOR EM MEDICINA PELA MESMA FACULDADE.

Une thèse excellente, où tout marche et se suit,  
N'est pas de ces travaux qu'un caprice produit;  
Il faut du temps, des soins, et ce pénible ouvrage  
Jamais d'un écolier ne fut l'apprentissage.

BOILEAU, *Art poët.*, ch. 3.



**RIO DE JANEIRO,**

**TYPOGRAPHIA UNIVERSAL DE LAEMMERT,**

Rua do Lavradio, N.º 53.

1841.

Handwritten stamp: 1/99, 149, 19.01.82, and other illegible text.

# FACULDADE DE MEDICINA

DO RIO DE JANEIRO.

## DIRECTOR.

O Sr. DR. MANOEL DE VALLADÃO PIMENTEL.

## LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOCTORES :

1.º ANNO.

F. F. ALLEMÃO. . . . .	}	Botanica Medica, e principios elementares de Zoologia.
F. DE P. CANDIDO. . . . .		Physica Medica.

2.º ANNO.

J. V. TORRES HOMEM. . . . .	}	Chymica Medica, e principios elementares de Mineralogia.
J. M. NUNES GARCIA, <i>Examinador.</i> . . . .		Anatomia geral e descriptiva.

3.º ANNO.

D. R. DOS G. PEIXOTO. . . . .	}	Physiologia.
J. M. NUNES GARCIA. . . . .		Anatomia geral e descriptiva.

4.º ANNO.

J. J. DE CARVALHO. . . . .	}	Pharmacia, Materia Medica, especialmente a Brasileira, Therapeutica e Arte de formular.
J. J. DA SILVA. . . . .		Pathologia interna.
L. F. FERREIRA, <i>Examinador.</i> . . . .		Pathologia externa.

5.º ANNO.

C. B. MONTEIRO, <i>Presidente.</i> . . . . .	}	Operações, Anatomia topographica e Apparehos.
F. J. XAVIER, <i>Examinador.</i> . . . . .		Partos, Molestias de mulheres peçadas e paridas e de meninos recém-nascidos.

6.º ANNO.

J. M. DA C. JOBIM. . . . .	}	Medicina Legal.
T. G. DOS SANTOS. . . . .		Hygiene e Historia de Medicina.

---

M. DE V. PIMENTEL. . . . .	}	Clinica interna e Anat. Pathologica respectiva.
M. F. P. DE CARVALHO. . . . .		Clinica externa e Anat. Pathologica respectiva.

## LENTES SUBSTITUTOS.

A. T. D'AQUINO. . . . .	}	Secção das Sciencias accessorias.		
A. F. MARTINS, <i>Examinador.</i> . . . .			}	Secção Medica.
J. B. DA ROSA. . . . .				
L. DE A. P. DA CUNHA. . . . .	}	Secção Cirurgica.		
D. M. DE A. AMERICANO. . . . .				
L. DA C. FEIJO', <i>Examinador.</i> . . . .				

## SECRETARIO.

DR. LUIZ CARLOS DA FONSECA.

---

N. B. Em virtude de huma Resolução sua, a Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emitidas nas theses, as quaes devem ser consideradas como proprias de seus autores.

# À MEMORIA

Do Ill.<sup>mo</sup> Sr. José Pereira Peixoto,

E

Da Ill.<sup>ma</sup> Sra. D. Maria Luíza Peixoto.

De vós recebi os cuidados de hum Páe, e os extremosos desvelos de huma Mãe : seja portanto huma pequena, mas sincera prova da minha saudade e amor o offerecimento que faço á vossa memoria da minha primeira producção na carreira scientifica, cujo termo não pudestes ver.

## À TODOS OS MEUS BEMFEITORES.

AO MEU PARTICULAR AMIGO E PRINCIPAL BEMFEITOR

O Ill.<sup>mo</sup> Sr. Manuel Joaquim Pereira.

Quando a morte me privou da companhia e soccorros d'aquelles que de mim haviam curado desde a infancia, eu, inteiramente desvalido, achei em vós hum páe, hum bemfeitor, hum amigo : se hoje me preparo para ser util a mim e á sociedade exercendo a mais nobre profissão, a de aliviar dos seus soffrimentos a humanidade, a vós o devo, a vós que tudo fizestes para que eu tivesse no mundo huma posição honrosa. Recebi pois este tenue signal da minha eterna gratidão e sincera amizade.

Ao Ill.<sup>mo</sup> Sr. Dr. Luiz da Cunha Leijó,

Signal de consideração e amizade.

B. P. Peixoto.

## PREFACIO.

O objecto que escolhemos para a nossa dissertação inaugural não he certamente materia ainda não vista, não he materia nova; os escriptos de Velpeau, de S. Cooper e outros nada deixão a desejar a tal respeito; e o pouco que pudemos escrever he bebido nas obras d'estes authores e nas sabias lições dos nossos Professores. Mas a respeito de outra qualquer materia nós nos achavamos no mesmo caso, e para darmos preferencia a esta, havia a circumstancia de termos sido victima de semelhante mal. Foi pois o desejo de instruirmo-nos no tratamento de huma molestia que soffremos, e não o de ostentar conhecimentos que não possuímos, o movel que tivemos para lançar mão d'este ponto. He o ultimo acto de nossa carreira escholar: oxalá os nossos Juizes se mostrem ainda huma vez tão benevolos quanto para comnosco tem sido até hoje.

E n'este lugar cumpriremos hum dever agradecendo cordialmente ao Ill.<sup>mo</sup> Sr. Doutor Borges a amizade que nos mostrou accitando a presidencia da nossa These: he certamente a este Senhor a quem devemos o complemento dos nossos trabalhos.

## O TRATAMENTO

## DA FISTULA DO ANUS.

## PRIMEIRA PARTE.

## Considerações sobre a Fistula do anus.

Dá-se o nome de — fistula do anus — a toda a ulcera em forma de canal, mais ou menos sinuoso, sem alguma tendencia a fechar-se, forrado por huma membrana propria, tendo sua sede perto do anus, e dando passagem a materias fornecidas por huma cavidade natural ou accidental.

CAUZAS E MARCHA. — Esta molestia he quasi sempre precedida por abscessos, pôde demais depender de todas as causas constitucionaes ou locaes que produzem varias lesões do anus; entre estas causas porem as mais frequentes são as irritações que precedem e acompanhão os abscessos tuberculosos do anus, e dão lugar á ulceração ou enfraquecimento das tunicas do intestino. Entretanto as hemorrhoidas, os corpos extranhos demorados na parte inferior do intestino recto, a carie das vertebras, do sacro e do coccix (posto que mui raras vezes) tambem são causas productoras da fistula do anus: o Dr. Dorsey (1) refere o caso de hum abscesso lombar, que abrindo-se perto do anus degenerou em huma fistula.

Dois são os modos por que hum abscesso pode dar lugar á fistula do anus:

1.º Se o abscesso está profundamente situado (exceptuado o tuberculoso ou hemorrhoidal), ha commummente consideravel destruição do tecido cellular que circunda o anus. E quando isto não aconteça, sobrevem quasi sempre hum espessamento ou induração deste tecido, em consequencia de adherencias internas, o que determina a obliteração das cellulas que limitão o fóco. Neste cazo a contracção dos esphincteres conserva as partes visinhas do anus conti-

(1) Elem. of Surg., tom. 2, pag. 160.

nuamente em hum estado de tensão, que cessa durante a defecação sómente; e existindo alem disto a cavidade do abscesso com as paredes indurecidas; estas não podem ser mantidas em contacto, embaração o desenvolvimento das granulações, e consequentemente oppoem-se a que a natureza empregue os meios necessarios á desaparição da molestia.

Os mesmos inconvenientes provem da estrutura da excavação recto-ischiatica em consequencia da tensão das apenevroses que a circundão; demais a dilatação frequente do recto devida á presença das fezes, a pressão que soffre esta viscera, occasionada pelos musculos abdominaes e levantadores do anus, e a flexibilidade das aponevroses profundas da bacia tornão quasi certa a formação de huma cavidade, sobretudo quando o pus não tem sido completamente evacuado. He muito facil conhecer-se até que ponto com estes factos se pôde explicar a degeneração frequente dos vastos abscessos em fistulas. As observações clinicas provão: 1.º que a fistula do anus, dependendo unicamente da difficuldade que tem o fóco de hum abscesso em obliterar-se, raras vezes se estende acima do musculo esphincter interno, excepto nos casos raros de abscessos estercoraes causados pela sahida de materias extranhas do recto em huma distancia consideravel do anus; 2.º que basta tão sómente conservar-se por algum tempo entretido o orificio externo de hum abscesso para a formação de huma fistula.

2.º O abscesso pôde ainda produzir fistula, se ha nelle demora prolongada do pus. Mas esta causa da fistula pôde quasi sempre ser removida pelo Cirurgião, por isso que he menos directamente dependente da estrutura anatomica da região. Quando hum abscesso (exceptua-se o gangrenoso) se evacúa espontaneamente, o orificio he de ordinario pequeno e insufficiente; o pus, em vez de correr livremente para fóra, he em parte retido, e oppõe hum obstaculo mechanico á obliteração da cavidade: este liquido viciado e alterado pelo contacto do ar torna-se muito irritante, produz endurecimentos nos tecidos visinhos, e a molestia finalmente toma o caracter fistuloso. Se o deposito he vasto, a existencia de septos parciaes pôde demorar a evacuação do pus, e assim obstar á cicatrisação do orificio.

Nas fistulas que sobrem aos abscessos, consequencias remotas de molestias constitucionaes, laes como a phthisica, as escrophulas, a syphilis, &c., a Cirurgia pouco socorro pôde prestar para se obter huma cura permanente; esta dependerá antes (quando possivel) de remedios dirigidos contra as molestias anteriores. Convem entretanto lembrar que as fistulas do anus podem coexistir com taes enfermidades, sem que dependão dellas; então ha forte razão para crer que não he o mal primitivo, mas sim algum symptoma local que tem produzido a fistula. Assim, na phthisica, quando ella for situada perto

ou dentro do anus (1), pôde resultar das ulcerações da membrana mucosa intestinal commummente causadas por aquella molestia; nas escrophulas pôde resultar da inflammação de huma glandula lymphatica, e na syphilis de hum cancro ulcerado.

Quando hum abscesso do anus he occasionado por caries da espinha, ou por alguma outra alteração organica das partes visinhas, degenera sempre em huma fistula, que não pôde ser curada por nenhuma operação, emquanto a causa primaria não fôr removida. Todavia pôde haver huma excepção a esta regra, isto he, no caso de se admittir huma outra abertura, por meio da qual o pus seja desviado d'ahi.

Ha ainda hum outro modo, por meio do qual a retenção do pus em hum abscesso occasiona huma fistula, modo mais geralmente observado, do que todos aquelles de que acabamos de tratar; quero fallar da distensão mechanica do fóco. A abertura espontanea de hum abscesso contrahe-se muitas vezes a hum gráu tal, que apenas permite a sahida do pus, e em tão pequena quantidade, que a cavidade não se pôde livrar de toda a secreção; além disto fica muitas vezes exposta a fechar-se completamente, quer por huma inflammação temporaria, que se desenvolve, quer pela demora de pequenos focos purulentos, quer pela formação de huma valvula accidental de tecido cellular na abertura, quer finalmente pela compressão das partes visinhas, ou pela simples mudança de relação. Como nenhuma destas causas he permanente em sua acção, a cavidade he alternadamente distendida e relaxada, e a natureza continúa a empregar seus esforços para diminuir as dimensões do fóco, entretanto que algumas partes de suas paredes são continuamente compellidas a ceder a distensões. A consequência disto he, que a porção mais fraca rende-se, o abscesso caminha na direcção da menor resistencia, e o endurecimento que o circunda vai-se augmentando progressivamente. Quando o abscesso he flegmonoso, e o intestino se acha desnudado, o pus caminha naturalmente na direcção do intestino, e a fistula que resulta acha-se situada parallelamente ao recto, podendo ganhar algum espaço ao longo de sua superficie, ou trajectar por entre as suas tunicas, as quaes porém raras vezes cedem á absorpção excêntrica. Se o abscesso he de natureza tuberculosa ou hemorrhoidal, naturalmente a invasão tem lugar para dentro, immediatamente abaixo da membrana mucosa, e ao mesmo tempo para fóra, entre a pelle e a fascia superficial, originando desta arte huma fistula completa naquella porção de seu trajecto, que respeita a margem inferior do esphincter interno, estendendo-se além disso para cima e desnudando o intestino. «Reynell Coates tratou hum doente de fistula do

(1) Bayle, Ribce, Mém. de la Soc. d'Emulation, tom. X, pag. 14.

anus assim produzida: a principal causa tinha sido a inflammação de hum folículo sebáceo do perineo, perto do escroto, duas polegadas e meia distante do anus. A abertura do pequeno abscesso sendo insufficiente para sua evacuação, o pus formou gradualmente hum canal fistuloso, situado debaixo da pelle, distante da margem do anus menos de meia polegada. Hum contr'abertura foi feita neste ponto por outro pratico, e huma ligadura foi introduzida com intuito de dividir as partes por ulceração. D'ahi resultou huma intensa inflammação, e consequentemente o endurecimento dos tecidos. A ligadura foi retirada, e o seio aberto pela maneira ordinaria por outro cirurgião, o qual apezar disto não pôde obstar á marcha da fistula. Na terminação da operação vio-se que o prolongamento do canal não excedia o limite marcado, porém a extremidade do golpe perto do anus não pôde sarar, e sendo d'algun modo irritado pela presença de varias excrescencias próximas deste lugar, e pela sahida do pus demorada por causa da posição do paciente, a fistula foi gradualmente reorganizada, e ganhou em poucas semanas a parte média do anus. A ponta de huma pequena sonda introduzida no seio foi sentida distinctamente atravez da membrana mucosa do anus; não existia entretanto communicação com a cavidade intestinal, ainda que o canal estreitado se tivesse transformado ultimamente em hum vasto foco acima da margem do esphincter interno. Nestas circumstancias a molestia resistio por mezes a todos os tratamentos locais e regimen apropriado; a operação poderia ser repetida, e as excrescencias excisadas logo; mas a extrema irritabilidade nervosa do paciente oppôz-se a isto.»

Quando hum abscesso tuberculoso se abre espontaneamente na região media do anus, a sahida do pus torna-se difficultosa pela constricção dos esphincteres tanto acima como abaixo da séde; em consequencia disto este liquido caminha rapidamente para o perineo, e ahi forma hum outro abscesso, que facilmente he reconhecido pelo cirurgião. Dó que deixamos apontado se infere, que nunca se deve permittir que hum abscesso desta natureza se torne chronico ou fistuloso.

A marcha que a fistula pôde seguir até chegar á superficie, ainda que em grande parte dependa da posição anatomica dos tecidos, he muito variavel e irregular, commummente he angular ou tortuosa. Parece-nos que entre as fistulas que unicamente dependem de causas locais na visinhança do anus, aquellas que se ramificão ou dão lugar a muitos trajectos, reunindo-se em differentes direcções, devem a extensão de sua profundidade antes á demora do pus, em consequencia de causas mechanicas, do que á condição pathologica dos tecidos em que ellas tem a sua séde. Quando sufficientes aberturas externas são feitas para dar hum livre e continuo esgoto ao pus, não podemos conceber a necessidade que ha de as conservar indefinidamente, como querem

alguns, particularmente se ellas estão em humã estreita relação com o recto.

Os authores enumerão hum grande numero de causas da fistula, que na realidade não o são senão dos abscessos precursores; forramo-nos pois ao trabalho de entrar na sua analyse. Aquelles casos porém que apparecem algumas vezes espontaneamente, e de que o paciente mesmo não dá fé, senão quando muito adiantados, são quasi sempre consequencias de pequenos abscessos tuberculosos, como aquelle de Coates, de que já demos noticia.

Ainda que não possamos adoptar a opinião de Percival Pott, que attribue sempre ao máo curativo a degeneração dos abscessos em fistulas, mesmo quando tenham sido feitas incisões regulares, não podemos comtudo negar que a applicação impropria de substancias irritantes á ferida deve ser collocada entre as causas desta enfermidade. As observações de Marchand sobre a influencia das ataduras, impedindo a sahida do pus pela sua acção mechanica, tambem merecem attenção.

As concussões occasionadas pelos esforços na carreira, no salto, no andar a cavallo, &c., inpellindo todo o sangue do *systema portico*, (que comò se sabe não he sustentado por valvulas venosas), produzem muitas vezes embaraço da circulação perto do anus, lesão dos vasos, e torna-se, por conseguinte, huma importante causa remota da fistula do anus. Daqui provem a reflexão de Heister (1) — que esta molestia he muito commum entre os homens que andão quasi sempre a cavallo; e a observação geral de que he hum dos males inherentes a pratica da medicina nos campos.

**VARIÉDADES QUE PODEM APRESENTAR AS FISTULAS.** — Quando huma fistula tem communicação tanto externamente com os tegumentos, como internamente com o anus ou recto, dá-se-lhe o nome de *fistula completa*; chama-se porém *incompleta*, quando ella se abre sómente na superficie externa, ou na interna do canal intestinal. Se a communicação com o intestino não tem lugar, a fistula toma o nome de incompleta externa; ao contrario, quando ella não tem abertura exterior, existindo comtudo communicação com o intestino, denomina-se incompleta interna ou occulta.

Muitos authores teem negado a existencia da fistula incompleta externa, afirmando que ha sem duvida huma abertura interna, a qual em consequencia do seu pequeno diametro não póde ser reconhecida pelos meios explorativos; desta opinião he Foubert, Larrey e Sabatier. Nós temos cuidadosamente estudado estas authoridades, e acreditamos que, ainda que taes praticos procurem estabelecer huma grande frequencia da fistula completa, sua linguagem

(1) *Institutiones Chir.*, cap. 169, pag. 4.

apenas parece justificar mais a rigorosa interpretação que a este respeito tem dado outros escriptores de igual nota; entre estes figurão Boyer e Velpeau. Como quer que seja, não se pôde duvidar actualmente da occurrencia de taes fistulas em face de toda a evidencia, desde o tempo de Hippocrates até hoje. A authoridade de Pott, era quasi per si só sufficiente para terminar a questão independentemente das provas positivas dos exames cadavericos obtidas pelo Barão Boyer (1). Nada ha nas circumstancias anatomicas ou physiologicas das partes que as possa isentar desta molestia, muito principalmente perto da superficie, onde o tecido cellular he em certo modo abundante. A proposição de Larrey — que *todas as fistulas completas, excepto as que resultão de feridas, caminão de dentro para fóra* he inteiramente insustentavel (2): certamente quando o abscesso que dá origem á fistula he occasionado por huma ulceração ou pela presença de corpos extranhos no recto, necessariamente esta fistula não se deve tornar completa, porque he muito sabido que taes accidentes dão lugar a adherencias com as partes que o cercão, e que hum abscesso sub-mucoso pôde ser produsido pela inflammção dos tecidos contiguos sem destruir estas adherencias. A frequencia relativa das fistulas completas não pôde ser negada; está realmente provado por factos, que huma consideravel desnudação do intestino he commummente consequencia dos abscessos do anus, e que esta desnudação tem lugar em geral naquellas partes onde ha grande risco de ruptura das paredes durante a defecação.

A existencia da fistula incompleta interna, tem sido tambem negada por alguns authores. Em verdade, parece que não he permitido admittir a existencia della senão como ponto de partida da fistula completa. Mas observações ha, que levão a crer que a fistula incompleta interna he huma molestia muito commum: verdade he que ella se reduz, diz Velpeau (3), a huma ulcera cavernosa, cujo pus he lançado no recto pela pressão das partes visinhas, mas que pôde persistir por muito tempo sem se manifestar no exterior. E não será isto huma fistula incompleta interna? Toda a discussão pois a este respeito não passaria de huma questão de palavras.

A fistula completa não he sempre simples; humas vezes existe huma de cada lado, outras vezes huma só fistula apresenta consideravel numero de aberturas no exterior, tendo huma unica no interior; mas aquella que tem huma só abertura exterior he mui raro apresentar mais de huma no interior. A direcção que a fistula segue he muitas vezes irregular, como já dissemos; o

(1) Mal. chir., tom. 10, pag. 109.

(2) Mémoir., tom. 2, pag. 372.

(3) Dict. de Med., tom. 3, pag. 318.

seu trajecto he sinuoso; assim a fistula pôde ter o orificio externo no lado direito do anus, por exemplo, e o interno no esquerdo; pôde hum dos seus orificios existir na parte anterior do anus, e o outro na posterior, &c.; pôde ainda, tendo tomado huma direcção em hum sentido, tomar outras em sentido opposto, e formar desta arte differentes angulos antes de se terminar na pelle.

O trajecto fistuloso pôde apresentar variedades muito importantes de conhecer-se, não só porque ellas se oppoem á cura da molestia, como porque reclamão cuidados especiaes, ou modificações nos processos a empregar em seo tratamento. Estas variedades são :

1.º A mudança de relação entre as partes contiguas na visinhança do anus, produzida pelas contracções habituaes e dilatação dos esphincteres.

2.º A demora permanente do pus na fistula occasionada, quer pela existencia de septos parciaes e grande desigualdade de superficie, quer pelas dimensões insufficientes do orificio externo.

3.º O estado das paredes da fistula, que são algumas vezes cobertas de granações fungosas, como observa Pott, e mais frequentemente convertidas em falsa membrana mucosa; ambas estas mudanças são barreiras insuperaveis para formação de seguras adherencias.

4.º A passagem frequente ( esta he inherente á fistula estercoral completa ), de secreções intestinaes e materias excrementicias por este canal.

A acção desta causa he de hum character mixto; ella não só occasiona frequentes distensões mechnicas do trajecto fistuloso, como diminue todas as tendencias que poderia ter para a obliteração, porque está provado, que as fistulas ou ulceras sinuosas, que se communicão com os conductos secretorios ou excretorios em geral, são mais refractarias, do que aquellas que não tem tal connexão, salvo se o trajecto natural estiver totalmente restabelecido; e daqui provem a grande difficuldade de curar-se as fistulas salivares.

Consideremos a primeira destas. Bem sabido he que, quando o contacto das paredes de huma cavidade fistulosa, he mechanicamente obtido, a natureza não faz esforços para sua obliteração por meio da granação, se o character da membrana accidental que sorra o interior do trajecto não he mudado por meos cirurgicos. Esta mudança pôde ser obtida ou por injecções estimulantes e causticos, ou pela dilatação do canal, de modo que se transforme em huma ulcera suppurante. Se se empregar o primeiro meio na molestia de que nos occupamos, não havendo recurso com que possamos contrariar efficazmente a acção muscular, e consequentemente a separação das paredes da cavidade em parte alguma de sua extensão, a falsa membrana mucosa he quasi sempre reproduzida, a fistula continúa, e não raras vezes torna-se mais importante por causa

da perda de substancia determinada pelo tratamento. Este modo de tratamento comtudo poderá produzir bom effeito naquellas partes do trajecto de huma fistula, onde suas paredes se acharem mais ou menos aproximadas.

Bastante levamos já dito (tratando das causas) sobre a segunda potencia que se oppõe á obliteração; nenhuma reflexão pois fazemos aqui: a respeito porem da terceira julgamos dever apresentar algumas considerações mais latas. As mesmas leis vitaes, que presidem á formação da falsa membrana de huma fistula, occasionão a sua destruição depois da cessação de suas funcções. Esta nova formação tem grande tendencia á contracção, e tendo completado sua missão he immediatamente reduzida á tecido cellular ou cellulo-fibroso.

Este ultimo comtudo he hum agente poderoso na formação das granulações, e nunca desaparece sem que o processo da cicatrizaçào se tenha completado; o primeiro ao contrario constitue huma porção de tegumento interno falso, não differindo essencialmente de hum conducto excretorio; elle he sempre o conducto passivo de alguma excreção, e póde desaparecer quando esta excreção tenha cessado. Infelizmente as mucosidades excretadas pela membrana que forra o canal são per si só sufficientes para lhe perpetuar a existencia.

As partes profundamente situadas em huma extensa fistula do anus, se acaso a fistula he moderna, apresentão em geral a condição de hum abscesso aberto, ou ulcera cavernosa, capaz de contrahir adherencias ou tomar facilmente o character fungoso descripto por Pott. Desnecessario he dizer que a natureza de taes tecidos póde ser modificada e beneficiada por applicações locaes: sendo a porção mais superficial do trajecto fistuloso forrada de huma falsa membrana mucosa, e sendo alem disto quasi impossivel obstar inteiramente á passagem do pus por elle, segue-se que, mesmo não existindo as causas mechanicas que se oppoem á cura da fistula, os effeitos das applicações locaes se tornarião muito duvidozos. Mas quando se considera que todas estas causas obrão conjunctamente e com huma força particular sobre a porção inferior do trajecto fistuloso, vem-se ao conhecimento de que o unico e efficaz methodo de curar a molestia consiste na completa divisào das paredes, ao menos até a margem superior do esphincter externo. A occurrencia de curas espontaneas, ainda que muito rara, o testemunho valioso de Pott, e as numerosas curas de fistulas extensas relatadas por Sabatier, Ribes, Larrey, Lawrence, Syme e outros, quando incisões tem sido praticadas abaixo do ponto indicado são sufficientes para pôr em evidencia a proposição que nós temos procurado provar, isto he, que as difficuldades que se oppoem á cura da fistula do anus sem operação existem na parte inferior della.

Aquelles casos em que existe ao mesmo tempo huma extensa desnudação do recto e seios irregulares profundamente situados retendo huma porção de

pus, formão por si só huma excepção a esta regra, porque a divisão das paredes do anus he insufficiente para a evacuação deste pus. Convem em taes circumstancias dividir todos os septos parciaes com a ponta do bisturi.

*Sede do orificio interno da fistula do anus.* — Este ponto, que he dos mais importantes na pratica, tem sido de longa data muito debatido. Os diversos methodos operatorios e a forma dos instrumentos empregados para cura desta molestia desde tempos remotos deixão ver claramente que tem-se supposto existir a communicação, ao menos em muitos casos, em huma distancia consideravel do anus, onde não se pôde chegar mesmo com o dedo. M. Ribes sustenta que o orificio interno existe sempre, ou quasi sempre, acima do esphincter externo; e he muito singular que este escriptor possa incluir entre os casos que Sabatier e elle considerão fóra do alcance da Cirurgia aquelles em que se tem encontrado o orificio interno collocado alem do alcance do dedo, e para os quaes não aconselhão outro tratamento mais do que o acção. Larrey declara em huma linguagem convincente, que a sede do orificio interno he sempre entre os esphincteres, ou logo abaixo deste lugar. Velpeau tem examinado trinta e cinco casos com o fim de dilucidar esta questão: em quatro orificios existião na altura de huma e meia a duas e meia polegadas, consequentemente hum pouco acima do esphincter externo; no quinto caso o orificio existia a mais de tres polegadas de altura, e o dedo difficilmente com elle deparava; mas era depois de ter percorrido hum longo trajecto entre a membrana mucosa e as outras tunicas do recto. Nos outros abrião-se muito perto da extremidade inferior do canal: tres delles achavão-se situados abaixo do esphincter externo ou quasi exteriormente. Richerand adopta a opinião de Ribes; e a honra de ter sido o primeiro propagador desta idéa he reclamada por Pleindoux de Brunel, medico de Avignon, que a publicou em 1783 (1). De outra parte a frequencia das communicações fistulosas com o recto, muito acima do anus, e mesmo alem do alcance do dedo, he affirmada por quasi todas as authoridades desde tempos remotos até Desault. E he agora geralmente concedido (se na verdade foi negado) (2) que o orificio na maioria dos casos existe no interior do anus, communmente entre os dois esphincteres, poucas vezes acima, e raras abaixo. Tal he sem duvida a opinião de Roux e Boyer, e bem assim a da maior parte dos distinctos praticos inglezes e americanos.

A grande frequencia de lesões mechanicas resultantes da acção das fêzes ou corpos extranhos sobre as pregas mucosas da região superior, e sobre as paredes da região media, a ulceração das veias hemorrhoidaes, em que tanto

(1) Ephémér. de Montpellier, tom. 7, pag. 210.

(2) Inst. Chir., cap. 168, Heister.

insiste M. Ribes, são mais que suficientes para explicar o facto de existir na maioria dos casos o orificio situado, como qualquer dos authores nomeados tem descripto: e as conclusões practicas que elles teem tirado deste facto, são certamente muito valiosas. A fórma dilatada do grande bolso do recto, a flexibilidade das suas pregas transversaes, e a pouca tendencia que comparativamente teem as fêzes a escapar-se, quando as paredes do intestino estão ulceradas logo acima do anus, esclarecem não menos satisfactoriamente a rara occurrencia da fistula com huma abertura mais inferiormente situada.

Ribes e Larrey referem alguns casos muito interessantes de feridas por armas de fogo, em que as balas penetrarão no recto, e forão depois lançadas pelo anus sem produzir fistula. Em hum destes casos observado pelo primeiro, huma porção do vestido acarretado pela bala, foi alojada na tunica externa do intestino, deo lugar a hum abscesso do anus, e foi lançada com o pus; o deposito porém não estabeleceu comunicação alguma com o canal intestinal. Mas não obstante este facto, he assás evidente que o recto pode ser perforado em qualquer altura por corpos estranhos, por ulcerações internas, ou finalmente pela destruição de suas paredes em consequência dos progressos de abscessos externos. A existencia de constrictões ou de septos mucosos parciaes no intestino augmenta sem duvida a probabilidade de taes accidentes.

A profundidade e extensão do seio da fistula não tem relação com o seo orificio interno, porque hum estilete pôde muitas vezes trajectar com a maior facilidade na extensão de muitas polégadas, quer por entre as membranas do recto, quer em outras direcções, e entretanto a fistula não ter comunicação alguma com o anus. Larrey aventura-se a attribuir os casos, em que o orificio he mais facilmente encontrado, á perforação do intestino pelo estilete, quando se procura o orificio interno, que não existe; e a facilidade, com que a ponta do bisturi entra frequentemente no recto na operação de Pott, para a fistula incompleta externa, prova que o accidente, de que falla Larrey, pôde muitas vezes acontecer a hum cirurgião inexperto.

**DIAGNÓSTICO.**— A fistula do anus externa, quer completa, quer incompleta, quasi que não pôde ser verificada sem cuidadoso exame. Quando ella he ampla e circundada por hum endurecimento extenso, facilmente se reconhece com o tacto, principalmente se he precedida por hum abscesso de consideravel extensão; porém quando suas dimensões são pequenas, e quando (como frequentemente acontece); ella tem existido por muito tempo sem despertar a attenção; e o orificio se acha escondido entre as pregas radiadas do anus, ou existe occulto no fundo de huma pequena depressão follicular coberto commummente por huma crosta, o reconhecimento da fistula torna-se mais difficil, sobretudo se ella se cicatrizar e assim se conservar por algum tempo, até que a accumulção do pus no seio determine huma nova abertura.

O doente que soffre de huma fistula do anus, queixa-se de hum corrimento pelo anus, constituido por fluidos de diversas côres, que elle attribue ás hemorrhoidas fluentes: este fluido he algumas vezes sanguineo, outras vezes sero-purulento, em geral seroso ou mucoso, e raras vezes apresenta os caracteres do verdadeiro pus: communmente he fetido e misturado com materias estercoreas. Hum minucioso exame demais, pôde descobrir a situação do orificio externo, por muito diminuto que seja.

Introduzindo-se hum estilete, elle dirige-se primeiramente para o anus, e depois para cima ao longo do intestino recto; mas isto não he invariavel. Aquellas fistulas que caminham para a excavação recto-ischiatrica ou para o perineo, sem nunca se aproximarem do intestino, digamos de passagem, não differem debaixo de relação alguma das molestias de igual natureza, existentes em outras partes, e podem ser tratadas da mesma fórma que ellas; alem disto existem algumas tão angulares ou tortuosas, que caminham primeiramente em huma direcção muito differente daquella, em que por fim se aproximão do intestino; outras ha que sobem quasi directamente para cima até o esphincter externo ou alem do seo limite superior. Na maioria dos casos, o trajecto do estilete pôde ser reconhecido pelo dedo introduzido no recto; sendo a ponta sentida primeiro immediatamente abaixo dos tegumentos de sua porção media e inferior, e depois subindo na profundidade de huma, duas ou tres pollegadas ao longo de sua parede até encontrar o limite do fundo de sacco formado pela desnudação della. Algumas vezes he a membrana mucosa só que se interpõe entre o estilete e o dedo; outras vezes o instrumento passa por fóra do esphincter interno ou pelo meio de sua substancia, abrangendo todas as tunicas do recto. Nos casos em que a fistula caminha por fóra do esphincter externo, hum consideravel espaço a separa do intestino, e o septo pôde estar tão endurecido, que com difficuldade se sinta o estilete no interior.

O que mais custa porem he determinar a differença que ha entre a fistula completa e a incompleta externa. Se porções de materias fecaes, vermes, ou corpos extranhos forem de tempos a tempos evacuados pela fistula, o caso he obvio; e a sahida dos gases pelo mesmo lugar pôde ainda ajudar o diagnóstico; porem a côr escura do pus, e o cheiro das fêzes que elle pôde apresentar, não são provas sufficientes da existencia de hum orificio interno, porque o pus dos abscessos situados perto do anus apresenta communmente a côr e o cheiro das fêzes. Nem a ausencia de todos estes caracteres deve fornecer dados positivos, para concluir-se negativamente. A exploração praticada com o estilete não pôde determinar sempre o limite da fistula, porque ella pôde ramificar-se, ou reunir-se a outras cavidades, caminhando em diversos sentidos; seo trajecto pôde ser tão tortuoso que não se possa segui-lo totalmente; a final a existencia de

septos parciaes, pôde embaraçar o trajecto do estilete. Assim he conveniente conduzir o estilete primeiramente para dentro; se nesta direcção elle entra facilmente, e entretanto se conhece que o orificio não existe situado na porção inferior do canal, o Cirurgião deve introduzir o dedo index no anus e continuar a sua indagação fazendo o estilete percorrer todas as porções desnudadas das paredes da porção media entre os esphincteres, onde se pôde conhecer com toda a clareza se a fistula tem ahí seo limite; comtudo deve-se ter presente, que neste lugar pôde o estilete penetrar no recto, sem que se ponha em contacto com o dedo; porquanto muitas vezes elle pôde achar-se encoberto pelas pregas mucosas da parte.

Para este exame hum delicado estilete de prata, guarnecido de hum botão, he o mais apropriado instrumento; elle deve ser introduzido sem força, e quasi por seu pezo, porque o menor impulso he bastante para destruir as connexões cellulares que existem entre a pelle e as partes subjacentes.

Tendo reconhecido com a evidencia possivel, que o orificio não existe situado abaixo da margem do esphincter interno, o cirurgião deve examinar cuidadosamente as paredes da porção superior do anus, e as partes visinhas do recto antes de sondar o trajecto. Em muitos casos nota-se por fóra do lugar da abertura fistulosa, huma pequena eminencia papillar; e quando isto não exista, a sensibilidade não commum de hum ponto, induz a conjecturar ahí a existencia de huma fistula: como quer que seja, o guia mais valioso he sempre o exame por meio do estilete. Quando as mudanças de direcção do trajecto fistuloso se oppõem á exploração, não se deve hesitar hum momento em dilatar estas partes por meio do histori.

Se o orificio da fistula não pôde ser descoberto por meio do estilete, he preciso muito antigo injectar-se agua morna, cosimento emolliente, ou outros quaesquer liquidos desta natureza, cuja sahida pelo anus he huma prova evidente de que ella he completa. Este plano de conducta pôde ser proveitoso em certos casos, mas pouca utilidade resulta da descoberta da existencia do orificio intestinal, se acaso o trajecto da fistula não he igualmente conhecido.

O diagnostico da fistula occulta hé de alguma maneira mais difficultoso. Quando subsistem por algum tempo os symptomas do abscesso que he sua causa primitiva, permanece no lugar huma pequena ulceração e sahida de pus pelo anus, o qual tinga as fezes em sua passagem. O doente attribue estes symptomas a hemorrhoidas fluentes, e raras vezes consulta no principio de seu mal a algum cirurgião. Nestas circumstancias, se o pratico se contenta com hum exame superficial, como geralmente acontece nas molestias do anus, a dôr e a evacuação do pus podem ser consideradas como o resultado de

ulcerações no recto, hemorrhoidas, &c. Os commemorativos da molestia prevenirão em certos casos taes enganos, maxime se a fistula foi precedida por hum consideravel abscesso; porém ella algumas vezes tambem apparece em consequencia de ulceração dos folliculos mucosos, sem que estes grandes symptomas geraes e locaes que caracterisão os abscessos tenham-se manifestado. Ha commummente na margem do anus, no caso de fistula occulta, huma dureza distincta, ou pequeno tumor amollecido, no centro com huma mancha vermelha ou livida, com descamação dos tegumentos; e se se comprime sobre elle, augmenta-se a sahida do pus, que tem lugar pelo anus. Estes signaes fallão algumas vezes (na opinião de Velpeau), se a fistula existe situada dentro ou acima do musculo levantador do anus. O dedo sendo introduzido no recto, algumas vezes descobre a séde do orificio, como na fistula completa; porém a evidencia só se pôde adquirir por meio do estilete flexivel de Dionis e Heister, empregado segundo os preceitos da arte.

He pouco factivel confundir-se a fistula externa do anus, com alguma outra enfermidade, a não ser com a fistula urinaria, que algumas vezes se manifesta perto do anus; mas neste ultimo caso far-nós-ha distinguir esta daquella o tuberculo rosaceo ou palido, deprimido e rugado, que occulta quasi constantemente o orificio da fistula urinaria, a especie de corda fibrosa, que se prolonga do lado da bexiga ou da uretra, a côr e cheiro urinoso do liquido que goteja; tambem se differença huma da outra; 1.º por fornecer a fistula urinaria huma quantidade mais abundante de liquido no momento da ejecção da urina; 2.º por ter sido precedida e acompanhada de difficuldade na excreção deste liquido; 3.º por estar unida a huma sensação dolorosa, em hum ponto do canal da uretra a cada evacuação de urina; finalmente pela direcção que o estilete segue, e sobretudo porque este instrumento não pôde penetrar no recto.

*Prognostico.* O prognostico da fistula simples do anus he quasi sempre favoravel. A excepção principal a esta regra consiste na fistula completa, quando o orificio intestinal não pôde ser obliterado, e a passagem constante das materias fecaes oppõe-se a toda a possibilidade de cura. Huma outra excepção he feita por muitos escriptores, com relação áquellas fistulas simples, que atravessão as aponevroses perineaes e pelvianas, e são ligadas a amplas cavidades dirigindo-se em diversos sentidos até ás partes profundas da bacia. Que taes casos são incuraveis por sua natureza, está fóra de duvida; entretanto sempre que fôr possivel conservar-se huma abertura livre para sahida do pus, as forças do organismo podem limitar muito a extensão do mal. A membrana mucosa adventicia, que veste a superficie interna de todas as fistulas, (e cuja existencia descoberta por John Hunter, não he agora mais controvertida),

chega muitas vezes a retrahir-se; e não he raro ver-se tractos fistulosos antigos, e consideraveis diminuir grandemente por este meio; ainda mesmo que tenham recebido pouco soccorro da arte. Que a extensão da cavidade suppurante não he huma barreira invencivel para a cura desta enfermidade, está claramente demonstrado pelos factos de curas, que tem sido effectuadas em casos de abscessos do psôas ligados á fistula do anus.

He inquestionavel que a fistula do anus, quando não he estercoral, pôde curar-se espontaneamente: muitos casos deste genero tem sido referidos por differentes escriptores; e basta-nos mencionar os nomes de Pott, Ribes, e Velpeau: este ultimo cita dois factos, hum, de hum antigo militar, depois enfermeiro do hospital de Tours, e outro succedido no principio de 1831, de huma mulher, a quem elle tinha mandado para o campo, por temer alguma lesão do peito, e que viera depois de dois mezes perfeitamente curada, sem nada ter applicado para se ver desembaraçada da fistula. Estas excepções á regra geral tem pouco valor, a não ser para provar a importancia do regimen, como hum coadjuvante no tratamento da fistula do anus: e depois quem não sabe que muitas vezes estas fistulas se fechão durante hum mez, hum anno, e mais, para se abrirem de novo, e que acabão por curar-se radicalmente?

A respeito do prognostico da fistula do anus, complicada com outras lesões locaes ou geraes, taes como a carie da espinha, os abscessos escróphulosos, o cancro, a syphilis, e a phthisica, &c., pouca necessidade ha de acrescentar mais reflexões ao que já expendemos tratando das causas. Quando a fistula provém de huma destas molestias, he obvio que não pôde ser destruida, sem que ellas tenham sido previamente combatlidas; a fistula então se reduz a huma condição simples. Daqui se segue que, quando a lesão primaria he incuravel, a fistula igualmente o he.

Poucas palávas poderemos acrescentar a respeito da connexão entre a phthisica e a fistula. Segundo huma opinião popular, he máo procurar-se a cura desta ultima molestia em pessoas predispostas para a consumpção; as indagações de Laennec e Bayle, fazem que tal opinião não soffra opposição. Mas Roche e Sanson, tem-se aventurado a affirmar que o receio da connexão entre estas molestias está agora quasi abandonado; entretanto esta idea he apenas sustentavel. Ribes chegou á conclusão — que a fistula he associada á phthisica em dois estados differentes: 1.º como molestia concomitante, porém, independente e accidental; e neste caso o prognostico he não menos favoravel do que se não existisse complicação; 2.º como consequencia de hum dos symptomas sympathicos desta molestia, isto he, de ulcerações das membranas mucosas, ulcerações que são commummente situadas perto do anus.



## SEGUNDA PARTE.

### Tratamento.

Em geral o tratamento requerido pela fistula do anus he tão variavel, e tão completamente dependente de particularidades constitucionaes ou variedades da molestia, que falta seria o deixar de encaral-o debaixo deste duplicado ponto de vista. Todos os meios até hoje applicados contra esta affecção tendem a produzir o mesmo fim, isto he, a restauração da saude, e podem ser dirigidos por principios conhecidos, segundo a condição particular de cada doente.

O fim de todos os tratamentos locaes he a obliteração da cavidade anormal; porém os modos recommendados pelos differentes aucthores para o obter são tão numerosos, que a simples analyse delles he huma tarefa bem difficultosa, e pôde constituir por si só o objecto de huma these. Não he nosso designio apresentar hum desenvolvimento completo da materia, entrando no exame de todos os meios antigamente empregados, porque sobrecarregaríamos nosso trabalho de considerações sobremaneira extensas, com as quaes nada ganhão a sciencia e a humanidade; limitar-nos-hemos pois a examinar aquelles que ainda estão em uso no seu estado primitivo, ou de alguma maneira modificados.

*Injecções.* — A historia da Cirurgia, ao tempo de Avicenne e de Le Dran, nos mostra as numerosas applicações de aguas mineraes, aconselhadas para a cura da fistula dô anus; não ha substancia alguma empregada no tratamento das ulceras fistulosas sub-cutaneas, que não tenha tido seus panegyristas para a cura da molestia que nos occupa, porém muitas dessas decantadas panaceas forão quasi completamente abandonadas, depois de terem patenteado sua impotencia na molestia de Luiz XIV. Até aqui nós apenas temos encontrado hum ou outro caso, de successo obtido por taes meios, nos annaes modernos da sciencia: Pallas sustenta a utilidade deste methodo de tratamento; Evers aconselha a injecção de gomma-amoniaco; e o Dr. Potter refere nos jornaes de

Medicina e Physica de Baltimore (1) dois casos de fistula curada pelo uso do mercurio. Nem admira que hum ou outro doente seja curado por este methodo, quando curas se tem obtido sem o menor soccorro; a arte porém possui methodos incomparavelmente mais seguros, e he com justa razão que ellas teem sido desde muito tempo abandonadas.

*Causticos.* — Duas causas concorrerão para vulgarisar este methodo, desde o tempo dos ultimos escriptores de Alexandria, até o fim da idade media da Cirurgia. Estas causas forão, 1.º: a idéa de que os endurecimentos, que circundão muitas vezes as fistulas e os abscessos, devem ser amollecidos e removidos antes da completa reunião das partes; 2.º: a falta de conhecimentos anatomicos. A cirurgia de hoje rejeita inteiramente de sua pratica o emprego dos causticos. Todavia por este emprego se poderia ainda destruir a falsa membrana mucosa, que forra o interior da fistula, e facilitar-se assim o curativo da molestia; porém a incerteza de sua acção, e o inconveniente de destruir partes que se devem respeitar, bastão para justificar sua proscricção.

*Compressão excentrica.* — Este methodo muito engenhoso consiste em distender o anus, e porção inferior do recto, por tal modo, que se tape o orificio interno (se a fistula he completa), removendo assim as causas mechanicas, que se oppoem á sua obliteração. A primeira idéa deste methodo pertence, segundo Velpeau, a Bermond de Bordeaux (2): consiste em duas canulas metallicas, das quaes a externa he envolvida em huma porção de panno (*une double canule à chemise*); este involucro he introduzido com a canula vazio e fechado no anus, depois disto enche-se completamente com fios, esponja, ou outra qualquer substancia, o espaço que medêa entre a canula externa e o seu envoltorio, até que o recto fique sufficientemente distendido, fixa-se todo o apparelho com compressas e ataduras, até a cicatrização da fistula. Quando o doente quer evacuar, retira-se a canula interna que terminá em fundo de sacco, e a externa fica por conseguinte com as duas extremidades abertas para a passagem das fezes, ou administração de lavagens, ou injecções, se he necessario. M. Colombe quasi ao mesmo tempo empregou no tratamento da fistula do anus hum cylindro ôco, de ébano ou gomma-elastica, fixado ao anus por meio de ataduras proprias (3). M. Velpeau comquanto não dê grande vantagem a este methodo, comtudo dá preferencia ao apparelho de Bermond, e diz que M. Colombe foi obrigado em hum caso a renunciar o seu tratamento, em consequencia do prolapso da membrana mucosa do recto, que teve lugar na abertura superior

---

(1) Vol. 1.º, Pag. 119.

(2) These, n.º 41. Paris, 1827; pag. 33.

(3) Bibl. méd., 1828, tom. 2.º.

do cylindro (1). A bondade deste methodo não tem sido sufficientemente demonstrada, e accreditamos que hum consideravel volume de compressas no interior do recto, por hum grande espaço de tempo, além de tornar muito difficil a defecação, deve dar lugar a fortes tenesmos, e mesmo a huma viva irritação.

Na fistula extensa, quer externa, quer completa, o effeito pôde ser, em vez de util, prejudicial por causa do embaraço da sahida do pus depositado nas partes profundas do trajecto fistuloso. Certamente, se a porção externa deste canal e seo orificio interno se obliterarem por meio de adherencias, resultará toda a probabilidade de transformar-se a molestia em hum abscesso, que pôde reproduzir a fistula. He este hum methodo que poderá vir a ter muitas vantagens, mas sobre que a experiencia ainda se não tem pronunciado convenientemente.

*Compressão externa.* — Este modo de tratar as fistulas he difficil e arriscado; elle consiste na applicação de compressas que encham a porção inferior do canal, sem exceder o ponto do maior aperto do esphincter externo, e que são continuadas sobre a parte superficial do trajecto. Estas compressas são fixadas por meio de ataduras; ataduras que obrão muito irregularmente, attenta a forma das partes. Este methodo tem sido algumas vezes empregado com successo, entretanto pôde-se dizer que he sujeito a muito maiores objecções, e em todos os casos he positivamente máo por causar obstaculos á sahida do pus.

*Ligadura.* — Este methodo consiste na introduccão de hum fio de linho, lãa, seda ou metal, que se faz passar pelo orificio externo da fistula e sahir pelo anus, se ella he completa; se porém he externa, faz-se hum orificio no recto o mais baixo que fôr possível, e procede-se então como se ella fôra primitivamente completa. As duas extremidades do fio são então atadas ou torcidas com o soccorro de huma canula simples ou dupla; e o pratico deve ter o cuidado de o apertar todos os dias, porque afrouxando-se elle á proporção que divide os tecidos, sua acção seria por fim nulla sem esta cautela. A constricção exercida pelo fio sobre os tecidos comprehendidos em sua aza determina huma ulceração, que de ordinario marcha do interior para o exterior; botões carnosos se elevão dos pontos ulcerados, e a cicatrisação se acha quasi completa, quando se opera a queda do fio.

Este methodo data de muito tempo: elle foi descripto por Hippocrates no seo tratado (de *Fistulis*); e a tímidez dos cirurgiões antigos lhe deo hum emprego muito geral até o tempo de Desault.

A ligadura não está hoje de todo banida, ella ainda he algumas vezes em-

---

(1) Dict. de Méd., tom. 3.<sup>o</sup>, pag. 328.

pregada; entretanto Samuel Cooper afirma que este methodo está justamente abandonado na Inglaterra (1). Os principaes argumentos contra este meio curativo baseão-se na morosidade de sua acção, na excessiva dôr a que algumas vezes dá lugar, e nos symptomas nervosos que occasionalmente sobre-vem; o espaço de tres a seis semanas he ordinariamente exigido para a completa divisão do septo, e não he raro ver-se os soffrimentos do doente obrigarem o cirurgião a recorrer ao canivete antes de se ter completado o corte pela ligadura. Todas estas objecções dirigidas ao emprego da ligadura são muito valiosas a respeito da porção inferior do septo, que formado pela pelle e membranas do canal intestinal não se deixa facilmente dividir, e he ali que a sensibilidade das partes he mais exquisita, e que finalmente a inflammação intensa que de ordinario se desenvolve dá lugar ao apparecimento de phenomenos sympathicos os mais serios. Todavia os accidentes acima mencionados deixão de se observar em muitos casos: R. Coates diz ter visto fazer-se esta operação muitas vezes sem occasionar serios soffrimentos, os quaes, na opinião d'elle, dependem da constituição irritavel do doente e das manobras empregadas para se reconhecer o trajecto e aberturas da fistula: em taes casos convém recorrer aos banhos, fomentações, cataplasmas emollientes, e mesmo a depleções sanguineas, se o caso o exigir.

O Dr. Physick em suas lições, e o Dr. Dorsey no seo Tratado de Cirurgia, quando fallão da operação de Desault para huma fistula extensa, mostram que se curão as fistulas mais promptamente, dividindo-se com o bisturi a porção inferior do septo, quando a ligadura, tendo destruido sua porção superior tornar aquella accessivel ao instrumento cortante. O Dr. B. H. Coates modificou o seo methodo de huma maneira differente: este pratico, observando que as ligaduras applicadas ás membranas mucosas, dividem-nas mui rapidamente e com pouca dôr, ao mesmo tempo que applicadas á pelle cortão-na com difficuldade, e dão lugar a grandes inconvenientes por causa de sua constricção, resolveo-se a começar a operação da fistula do anus pela incisão de todas as partes comprehendidas entre o orificio externo e a membrana mucosa da margem inferior do esphincter interno, e depois disto terminar a divisão da parte superior do septo pela ligadura.

Na estimação do valor do methodo que ora nos occupa, releva mencionar que nenhuma arteria de calibre importante, ou difficil de ligar-se, existe situada no perineo abaixo da fascia media e immediata ao anus, ou na excavação recto-ischiatica. As arterias hemorrhoidaes inferiores, podem ser ligadas, se acaso forem feridas, e derem sangue com profusão. Alem d'isto, a perda de sangue

---

(1) Surg. Dict., art. *Anus*.

consecutiva á incisão destas partes he, geralmente fallando, vantajosa ao doente nesta molestia. A historia das operações exigidas pela fenda do anus, e a recisão do recto, mostram claramente que o corrimento de sangue, quando mana de incisões completas na porção superior do anus, sempre pára mediante os socorros da arte. Este reccio de hemorragia, serve tão sómente pára a aplogia da ligadura.

Tem variado muito a materia de que se compõe a ligadura para as fistulas do anus. Cabello, seda de animaes, retroz, linho cardado ou cheio de nós, forão substancias empregadas pelos antigos para tal fim. Foubert foi o primeiro que empregou o fio de chumbo, de que ainda se usa: outros teem-se servido do ferro, da prata e outros metaes flexiveis; e os fios de lã ou linho são agora frequentemente empregados. De todas as substancias que apontamos, o fio de chumbo he o menos e o fio de lã e algodão o mais irritante. Os fios metallicos, possuem a vantagem de facilitar ao cirurgião a sua introdução, por causa de sua firmeza, sem o socorro de algum outro instrumento.

Ha diversos modos recommendados para a introdução da ligadura; o melhor d'elles he o Hippocratico. O author empregou huma sonda de botão de estanho, a qual hia armada de hum fio de linho; passava a extremidade dessa sonda pela fistula até chegar ao recto, trazia-a com o dedo index da mão esquerda introduzido no anus, e retirando-a então pela sua extremidade, a ligadura era levada pelo interior da fistula e do anus. Suas extremidades erão atadas externamente por hum nó de laçada, o qual era apertado de tempos a tempos, como se pratica usualmente, até que o septo fosse completamente dividido. Hum modo semelhante he ainda hoje empregado, com a differença que a sonda he de prata. A principal objecção a este methodo de passar a ligadura basease sobre a difficuldade de curvar a extremidade da sonda no interior do recto, sem muito dolorosa tracção do septo. Esta difficuldade torna-se maior, quando o orificio interno da fistula está situado profundamente no recto; e torna-se insuperavel quando elle se acha situado acima do alcance do dedo. Os panegyristas da incisão extensa na fistula incompleta externa julgão neste caso necessario perforar o recto em huma distancia consideravel do anus, a fim de empregar, quer o canivete, quer a ligadura; nós devemos a Ambrozio Paré a introdução da canula e estilete para este fim. Elle empregou hum tubo curvo dentro do qual tinha introduzido hum longo estilete pont'agudo, com o qual penetrava o recto, ajudado pelo dedo indicador introduzido no anus. Este cirurgião, e seo discipulo Guillemeau, quando usavão da ligadura, empregavão huma sonda pára guiar a sua introdução. Desault modificou o plano de Paré tornando-o mais completo, sem comtudo alterar o seo material. Se o orificio interno da fistula ou a punctura feita pelo cirurgião se achava situada

além do alcance do dedo, elle collocava a ligadura, quando não empregava a canula, com hum forceps de construcção particular chamado pinça-gorgereto, e firmava as extremidades pendentes da ligadura, passando pelo interior de huma canula achatada, enrolando-as em entalhes feitos de proposito na sua extremidade inferior (1). O Dr. J. K. Mitchell, inventou hum instrumento, que tem sido algumas vezes empregado para passar o fio; he hum forceps de ramos longos, curvados em suas extremidades e cruzando-se sómente perto d'ellas. Os ramos são tubulosos, constituindo cada hum huma delicada canula aberta perto da junção do instrumento, e na extremidade livre. Fechado o instrumento, estabelece-se hum canal continuo pelos ramos livres; a junção das peças do instrumento he feita da mesma maneira que em hum forceps obstetrico, e os ramos são adaptados a ser introduzidos separadamente hum pelo anus, e outro pelo interior da fistula.

Ajustados e fechados os ramos, introduz-se hum delicado, longo e flexivel estilete pelo interior do ramo que se acha na fistula; o estilete passa depois pelo interior do recto, por meio do outro ramo que está ali introduzido, e sahe pelo anus, sem a possibilidade de se afastar do seo trajecto, ou levar as partes visinhas (2). Este instrumento he em verdade construido com muito engenho, porem forçoso he confessar que deve haver muita difficuldade na introdução das duas canulas que o constituem, assim como em pôr as suas extremidades em relação com os canaes; e isto he ainda aggravado pela forma curva dos ramos.

Nós julgamos que o mais engenhoso plano inventado para a introdução da ligadura, he o proposto pelo actual professor de cirurgia na universidade da Pênsylvania, cujos instrumentos são descriptos por R. Coates, em hum jôrnal americano da maneira seguinte: 1.º huma canula de prata liza, ligeiramente curvada, de cinco pollegadas de extensão, e hum oitavo de pollegada de diametro, tendo hum pequeno anel oval, perto de huma das extremidades afim de se poder fixar; 2.º hum delicado estilete com ponta de lanceta em huma extremidade, e armado de hum botão ou placa circular na outra; este estilete he feito de tal modo que pôde trajectar pelo interior da canula, e ser projectado além d'ella para perforar o recto, se a fistula não tem abertura interna; suas dimensões são taes, que enche completamente a canula; 3.º huma delicada móla de relógio, armada de hum botão lenticular em huma extremidade, sufficientemente largo para encher completamente a canula, porém, de modo que possa percorrer o seu interior com

---

(1) Oeuvres Chir., Tom. 2, pag. 388.

(2) Amer. Journ. of Med. Sciences, Tom. 2, pag. 343.

facilidade; a outra extremidade apresenta huma pequena abertura onde se enfia a ligadura. Depois de introduzida a canula no tracto fistuloso, na profundidade necessaria, perfora-se o recto, se he preciso, por meio do estilete que se tem dentro da canula; feito isto, retira-se o estilete, e em seu lugar introduz-se a móla elastica, cuja ponta romba passa pelo interior do recto, e sahe immediatamente pelo anus; o que he ajudado pelo dedo que se acha ali introduzido. Toda a extensão da móla precorre o anus, e a ligadura he então destacada da sua abertura. Retira-se a canula, e as extremidades pendentes da ligadura são atadas da maneira ordinaria, terminando-se com isto a operação.

*Incisão.* Os antigos, com quanto tivessem muita predilecção pela ligadura e pelos causticos, não deixavão comtudo de conhecer que a incisão he o melhor remedio para a fistula do anus; já Hippocrates não desconheceo esta operação; e o syringotomo usado no tempo de Galeno, prova que tal meio curativo era empregado. A incisão era praticada por Leonidas, com hum bisturi terminado em hum longo estilete flexivel: este cirurgião servia-se do instrumento introduzindo-o pela fistula, e levando-o pelo intestino, de modo que cortava o septo de hum só golpe. Na idade media, Hugo de Lucques, passava primeiramente huma ligadura, e della se servia como de sonda para distender as partes antes de as incisar. Guy de Chauliac, possuido sempre pelo terror das hemorragias, prefere huma sonda acanallada sobre a qual leva o bisturi em braza. F. d'Aquapendente usava, depois de ter dilatado o tracto com o seu speculum, de hum bisturi de botão, simplesmente hum pouco concavo, e de huma sonda conductora. Outros lembrárão-se de huma canula de prata, curva, e de botão que servisse de bainha ao syringotomo, a qual sendo introduzida pela fistula, era tirada pelo recto, e deixava hum fio na extremidade do bisturi; puxava-se o bisturi ao mesmo tempo pela ponta e pelo cabo, de modo que dividia a fistula de hum só golpe. Foi Marchettis que teve a idea de levar hum gorgereito ao anus para receber a ponta do instrumento cortante ou das sondas. O methodo de Wisemann, que se servia de huma tisoura em lugar do syringotomo, não obstou a que Felix reproduzisse o bisturi de Leonidas, tendo-o coberto com huma capa ou bainha, para tornar menos dolorosa a introducção; este bisturi assim modificado, teve mais tarde o titulo de *real*, em consequencia da operação que com elle se praticou em Luiz XIV. J. L. Petit demonstrou, no ultimo seculo, que hum bisturi ordinario, ligeiramente concavo, conduzido sobre huma sonda acanallada, vale tanto como os aparelhos até então gabados. Runge tornou este processo o mais seguro que he possivel para todos os casos, aconselhando hum gorgereito dobrado em cotovello. Já Marchettis havia proposto huma canula redonda em huma

extremidade, aberta e fendida na outra, e hum bisturi recto, longo e com ponta, destinado a escorregar sobre a sonda a fim de cortar todas as partes comprehendidas entre esta e o gorgereto. Platner julgou aperfeiçoar a incisão propondo fazel-a com hum bisturi occulto, que outros empregavão commummente com o gorgereto. Querendo ainda simplificar-a, Pott não empregava senão o seo bisturi curvo de botão, que B. Bell substitua por hum bisturi estreito terminado em bico de sonda. O instrumento de Pott foi modificado por Savigny, que fixou sobre huma de suas faces huma lamina pontuda, que se faz sahir ou entrar á vontade, e por T. Whately, que lhe tornou movel a parte cortante, de modo que não a faz penetrar senão depois de ter levado o botão da lamina até o recto. Em nossos dias algumas pessoas voltarão ao bisturi de Pott, cuja ponta foi alongada por M. Physick; M. Dubois o faz avançar sobre huma sonda acanallada flexivel, previamente levada do intestino para fóra do anus por meio do dedo, como propõe J. L. Petit. O antigo estilete-bisturi de Leonidas, reproduzido por H. Bass, he o instrumento adoptado por Larrey, com a differença de ter em lugar de hum bisturi huma sonda acanallada. Assim modificada esta sonda de longo estilete flexivel, e de botão, pôde sempre, empurrada pela fistula, ser reconduzida pelo anus. Hum bisturi ordinario he depois sufficiente para cortar de hum só golpe toda a espessura dos tecidos. Emfim M. Charrière fabricou hum bisturi, cujo dorso he de tal modo acanallado, que escorrega tão bem sobre huma haste cylindrica como sobre huma sonda acanallada, e porisso o estilete explorador de que se serve ordinariamente torna-se o conductor, e não precisa ser substituido pela sonda.

Sem negar os successos attribuidos a cada hum desses processos, pôde-se todavia affirmar que realmente só se deve conservar o gorgereto de madeira tal como foi modificado por Percy e Desault, a sonda acanallada, o bisturi recto, o bisturi de Pott, ou o bisturi hum tanto curvo de J. L. Petit.

*Excisão.* — O modo de praticar a excisão não tem sido sempre o mesmo. Celso, o primeiro que descreveo a excisão, diz que depois de se ter feito huma incisão de cada lado do trajecto, tirão-se todas as partes que ellas circumcrevem. Forçoso he comtudo dizer que as palavras de Celso parecem referir-se mais ás fistulas subcutaneas do contorno do anus, que ás verdadeiras fistulas estercoraes. P. d'Egine usava do syringotomo, das pinças, e do bisturi ordinario. Alguns Cirurgiões contentarão-se com excisar toda a parede movel da fistula depois de ter abraçado essa parede com hum laço de fio, ou levantado com pinças ou huma sonda; e se servião quer do bisturi recto, quer do bisturi curvo, quer da tisoura, conforme prescrevera Cheselden. Outros porém não se limitarão a isto; tiravão todo o trajecto fistuloso

quer do primeiro golpe, como recommenda La Faye, quer excisando as duas paredes huma depois da outra. D'entre elles havia quem, destruido o fundo da fistula, se limitava, como Dionisio, a simples escarificações das calosidades. Hoje aquelles que, como Boyer e Roux, admittem a excisão, principião por incisar o tracto ulceroso, e procedem depois á excisão dos tegumentos descollados, que segurão com pinças afim de corta-los a bisturi; de modo que o seo methodo mui pouca differença tem do de J. L. Petit.

Passaremos a expôr os preparativos e manual operatorio da incisão e excisão, antes de fazermos algumas reflexões sobre estes dois methodos.

*Preparativos.* — Querem algumas pessoas que se administre na vespera ou ante-vespera algum purgativo, ou clyster, para prevenir a necessidade de ir á banca muitas vezes. Dionisio vae ainda mais longe, e diz que se deve dar hum clyster no mesmo dia e hum banho duas horas antes, para que durante a operação não corra o Cirurgião risco de ter o rosto conspurcado por materias estercoraes; he claro que este ultimo conselho deve ser preferido.

*Incisão. Apparelho.* — O apparelho compõe-se de hum bisturi (do que se tiver feito escolha), de huma sonda acanallada de prata, e de outra de aço sem fundo de sacco, de hum gorgereto de ebano ou de buxo, pinça e fios de ligadura, huma longa mecha e porta-mecha, tampões, fios brutos, bolás de fios, tres ou quatro pranchetas, compressas longas, compressas graduadas dobradas em duas ou em quatro, huma atadura em T, esponja e agua.

*Manual operatorio.* — O doente deitado sobre o lado correspondente á fistula, com a cabeça baixa e o ventre apoiado sobre huma almofada, estende o membro que corresponde á fistula, e põe o outro em flexão sobre a bacia. Hum ajudante collocado adiante obsta a que elle levante a cabeça, e tem cuidado dos braços. A bacia e as pernas são conservadas immoveis por hum segundo ajudante; hum terceiro collocado atraz encarrega-se de afastar as nadegas e de segurar o gorgereto no momento conveniente; finalmente he ainda necessario hum quarto ajudante para alimpar a ferida e dar os instrumentos. Comtudo huma pessoa só poderia fazer o officio de dois ou tres ajudantes e manter solidamente o doente, collocando-se adiante, apoiando os joelhos contra o hypogastrio, huma das mãos sobre a coxa que está em flexão, e a outra atraz della: J. L. Petit prescreve isto. Poder-se-hia tambem, como parece indicar Hippocrates, e como Guillemeau formalmente diz, deixar as pernas do doente pendentes, fazendo-o deitar de bruços sobre a beira de huma cama, de humamesa, &c.; achamos tão salientes as vantagens da primeira posição que indicamos, que nos dispensamos de apresentar as rasões porque a preferimos. Principia-se por procurar as duas aberturas da fistula: a externa não offerece difficuldade em ser encontrada. As humidades estercoraes ou o pus

que por ella sahem bastão em falta da ferida para indicar a séde, ainda que ella seja no centro de hum tuberculo hemorrhoidal, ou no fundo de algumas pregas tegumentarias. A respeito porém da abertura interna nem sempre acontece o mesmo. Esta acha-se ordinariamente no meio de hum pequeno endurecimento rugoso que o indicador levado ao recto sente mui bem, ou debaixo da fórma de huma ulcera bastante larga, mais facil ainda de se reconhecer. Mas em muitas occasiões não se depara com esta abertura facilmente, com especialidade quando he procurada muito em cima; porquanto em geral ella existe logo acima do esphincter no lugar onde o recto fórma hum fundo de sacco. Introduz-se o estilete com a mão direita pelo orificio cutaneo no sentido do tracto, e faz-se seguir, sem empregar força, as diversas tortuosidades; de modo que a cabeça se apresente ao dedo da mão esquerda que o espera no recto. Quando não ha senão huma abertura externa, o estilete penetra sem nenhuma difficuldade, excepto se a fistula offerece angulos muito pronunciados no seo tracto. Quando, porém, ha mais de huma abertura, ou quando existem numerosas sinuosidades em torno do anus, a difficuldade he mui grande: então leva-se o estilete a cada huma dellas praticando o mesmo que acabamos de dizer. O máo exito de taes tentativas não authorisa a concluir a não existencia da abertura no intestino. Muitas circumstancias podem occultal-a ás pesquisas do operador. A injeção de huma porção de leite pelo anus pôde dar-nos a certeza da existencia da abertura no intestino, se este liquido correr pela abertura externa; ou se sendo injectado por esta abertura sahir pelo anus. Qualquer outro liquido não irritante e de huma côr bem pronunciada fará o mesmo. Acontece muitas vezes que o instrumento explorador se acha separado do dedo indicador apenas por huma pellicula da grossura de huma folha de papel, e entretanto não he possível fazê-lo entrar á nu no intestino. Elle se insinua livremente em todas as direcções. Percebe-se que a membrana mucosa se acha adelgada e descollada em huma extensão mais ou menos consideravel; e o cirurgião fica na incerteza se he huma fistula incompleta externa. Este caso era muito espinhoso para os antigos, e ainda hoje he hum dos mais desagradaveis para os cirurgiões que julgão que não se deve operar senão quando a fistula he completa; entretanto elle não he tão importante aos olhos de outros. M. Roux, por exemplo, he de opinião que, exista ou não abertura interna, o remedio seja absolutamente o mesmo. Como para elle o descollamento do recto per si só justifica a operação em semelhante caso, essas indagações minuciosas de que outros se teem occupado lhe parecem superfluas. M. Velpeau diz que, sem desprezar os meios de reconhecer se a fistula se abre no intestino, deve-se comtudo operar, ainda que se não encontre essa abertura, se a molestia tem persistido por algum tempo, e o órgão defecador está descollado em

alguma extensão; ao mesmo tempo que elle afirma ter visto a molestia persistir depois da operação feita segundo este principio: por este ultimo motivo julgamos melhor perforar o recto com o estilete ou sonda acanallada no ponto o mais elevado do descollamento, e tornar deste modo a fistula completa.

Se porém esta abertura tem sido encontrada, e não he muito elevada, a sonda de prata substituirá logo ao estilete, e terminaremos a operação, a exemplo de Larrey, da maneira seguinte: o indicador que a vae procurar no recto, encontrando a ponta, abaixa-a, e curvando hum pouco fal-a sair para fóra do anus, enquanto o cirurgião com a mão direita continúa a empurrar-a. Hum simples bisturi recto, como empregão MM. Richerand, Ribes, Sabatier, Velpeau, e como recommenda Dupuytren, o bisturi curvo de Pott, ou de ponta conica de Dorsey, o bisturi ligeiramente concavo de J. L. Petit, conduzido sobre a sonda, cuja extremidade hum ajudante segura, corta de hum só golpe todo o septo; e a operação se torna de huma simplicidade extrema.

Quando a fistula he hum pouco mais elevada, ou quando o descollamento occupa grande extensão, melhor he imitar a pratica de Desault, pratica já seguida por Boyer e Roux: huma sonda acanallada, hum gorgereto de buxo, e hum bisturi ordinario, taes são instrumentos necessarios para a operação que se pratica da maneira seguinte:

**MANUAL OPERATORIO.** Introduz-se a sonda até a parte superior do fôco. Hum gorgereto substitue ao dedo que acompanhou todos os seus movimentos no recto, e apresenta-lhe a goteira; empurra-se a sonda sobre o gorgereto, de modo que fure o intestino. Por hum movimento de vaé-vem friccionão-se os dois instrumentos hum de encontro ao outro, a fim de se adquirir a certeza de que elles estão bem em contacto. Depois disto hum ajudante segura o cabo do gorgereto, fixa-o e vira-o hum pouco para fóra, o cirurgião com a mão esquerda faz o mesmo sobre a placa da sonda; toma com a mão direita hum bisturi recto de ponta forte, encosta a ponta no rego da sonda, dirige-o rapidamente até o gorgereto, tira-o levantando o punho e sem deixar que perca o ponto de apoio que se lhe deo. Quando se desconfia que todas as partes não fossem bem cortadas, torna-se a levar o bisturi huma segunda vez sobre a sonda; finalmente, para haver segurança de que nada se deixou, tirão-se para fóra a sonda e o gorgereto sem os separar, como se elles formassem hum unico instrumento.

Se ficar algum fundo de sacco superiormente, dever-se-ha incisal-o, dividindo a valvula que o constitue por meio de huma tisoura levada sobre o dedo. Ainda que o descollamento ou adelgaçamento dos tegumentos seja em mui pequeno grão, deve-se comtudo incisal-os crucialmente ou em fórma

de T voltado, depois do que cada hum dos retalhos será tomado pela pinça, e excisado, quando se esteja convencido que esses retalhos por effeito de huma lesão profunda não podem voltar ao estado physiologico. Sem esta precaução a suppuração seria interminavel, e a cura muito incerta. As dôres que isto causa, e o tempo que gasta nada são em proporção das vantagens que se colhem: a prudencia manda que só se deixe de praticar esta operação em casos de fistulas inteiramente simplicies. O que se faz a respeito de hum trajecto, repete-se sobre os outros a fim de os reunir todos á ferida do recto; mas quando se teme occasionar grande perda de substancia, pôde-se não excisar os retalhos assim formados, se a pelle, profundamente alterada, não tem perdido muito de sua espessura. O dedo indicador esquerdo explora com cuidado toda a extensão da ferida ou das diversas feridas que se tem feito, e com o bisturi ou melhor com o bisturi de botão, conduzido sobre o dedo, incisão-se todas as pregas, todas as valvulas que tiverem ficado no fundo das sinuosidades. Emfim regularisa-se quanto he possivel todo o trajecto, e todo o interior da superficie sanguinolenta, e d'este modo fica terminada a operação.

**CURATIVO.**—O curativo da fistula do anus consiste em introduzir entre os labios da ferida huma mecha de fios de huma espessura e extensão tal, que oppondo-se á agglutinação reciproca de suas bordas, não embarace entretanto o desenvolvimento dos botões carnosos que se devem elevar em sua superficie: he tambem necessario ter a cautela de conduzir sempre esta mecha pelo anus, a fim de a fazer passar depois para a ferida, porque assim pondo-se o recto em perfeito contacto com a superficie della auxiliamos poderosamente a adhesão que se deve estabelecer nos pontos em que elle ainda se achar desnudado. Fios brutos em abundancia, e pranchetas collocadas por cima cobrem a margem do anus; sobre estes fios applicão-se duas ou tres compressas graduadas. O apparelho se completa com a atadura em T previamente fixada em torno do ventre, cujas pontas passadas por entre as coxas, levadas para diante huma á direita e outra á esquerda, são atadas ou seguras com alfinetes sobre a circular hypogastrica.

**EXCISÃO.**—A excisão hoje está geralmente proscripta, entretanto dada a necessidade de a praticar, o fariamos pela maneira seguinte:

**MANUAL OPERATORIO.**—Depois de preparado o doente como para a incisão, e prompto o apparelho, que consta de huma sonda bastante flexivel, hum bisturi, fios brutos, pranchetas, compressas, huma atadura em T, esponja e agua, &c., colloca-se o doente da mesma sorte que para a incisão; o cirurgião introduz no orificio externo da fistula a sonda, e leva ao mesmo tempo o dedo indicador de huma de suas mãos ao recto a fim de dirigir a

ponta do instrumento, com que elle atravessa o orificio interno da fistula, ou do qual se serve para penetrar o intestino, se o orificio he mui difficil de se achar. A extremidade da sonda he depois trazida para fóra do anus, até que sua parte media corresponda ao trajecto fistuloso. Feito isto o Cirurgião aproxima as duas extremidades da sonda, faz huma aza que abraça toda a fistula, e termina a operação por meio do bisturi, com o qual elle corta tudo quanto tem intenção de extirpar. Depois procede-se ao curativo, que deve ser feito como na incisão.

ACCIDENTES. — Hum dos accidentes que póde sobrevir a esta operação he a hemorrhagia. Quando a arteria que a produz he visivel, pratica-se a ligadura ou a torção, se se preferé esta áquella. No caso contrario explora-se com a polpa do dedo todos os pontos do fundo da ferida: logo que se chega sobre o vaso o sangue deixa de correr; he ahi que se deve applicar bolas de fios, impregnados ou não de pós ou liquidos hemostaticos. A mecha e as outras peças do curativo sendo ao depois collocadas, como precedentemente, contribuem ainda a suspender a hemorrhagia. Se apesar disto ella continuar, e se a applicação do tampão em toda a superficie sanguinolenta não fór sufficiente para fazel-a cessar, recorrer-se-ha, conforme mais agradar, á bexiga de Levret, á bolsa de Desault, aos tampões de J. L. Petit, adoptados por Boyer, ou ao aparelho de Bermond. He porém tanto mais raro haver semelhante necessidade, quanto a hemorrhagia que acompanha ás vezes a operação da fistula he mais util que nociva; demais ella quasi sempre se suspende espontaneamente, antes que venha a ser realmente aterradora.

As numerosas veias e o tecido cellular abundante que cerca a parte inferior do recto fazem que a operação da fistula seja algumas vezes seguida de phlebite, ou de reabsorção purulenta; mas estes accidentes nada tem de particular. O mesmo acontece a respeito dos abscessos que podem sobrevir em torno do anus, da retenção das urinas, das inflammções do intestino, da peritonite, das vegetações, e dos diversos aspectos que póde tomar a ferida. Se se formarem sinuosidades, se a fistula reaparecer, ou se se formar huma segunda fistula antes da cura da primeira, proceder-se-ha a nova operação.

REFLEXÕES. — Os partidarios exclusivos da incisão não obrão da maneira por nós exposta. A desnudação do recto não he para elles huma rasão para se prolongar a divisão acima da fistula. Sustentão estes praticos que depois da operação a parede intestinal applica-se e torna-se a collar exteriormente sobre a superficie suppurante; que o mesmo succede a respeito dos retalhos cutâneos; e que os endurecimentos, as calosidades desaparecem, logo que o fundo da fistula se continúa sem intermèdiario com o anus, logo que esta não he senão huma simples chanfradura; hum simples rego do intestino. Elles julgão que

deste modo a operação se torna mais rápida, e que se diminuem por consequencia os soffrimentos do doente; que a hemorragia e febre não são intensas, e que menos deformidade resulta. Finalmente pensão que o importante da operação he destruir a continuidade do esphincter, que retendo as materias fecaes, as obriga a penetrar no tracto fistuloso.

A estes argumentos podem-se oppôr os seguintes: se as partes desnudadas e adelgacadas acabão com effeito por se tornar a unir em hum grande numero de individuos depois da simples incisão, tambem não he raro vêr-se o contrario. E porque não seria assim? porque não aconteceria aqui o mesmo que todos os dias vemos nas outras regiões do corpo? Ninguem hoje duvida que a excisão dos retalhos lividos e adelgacados, de huma infinidade de ulceras seja o melhor remedio para ellas. E o que ha a temer na excisão? A perda de substancia no meio de partes tão molles he logo reparada; e a incontinenca das evacuações não deve ser temida, porquanto das observações de Lisfranc se conclue que mesmo extirpando-se a porção inferior do recto, se não produz este accidente. Além disto o adelgacamento dos tecidos, e sua alteração he huma rasão para que elles não contenhão vasos consideraveis, e por isso se não deve recear o apparecimento de hemorragia. Temem-se difficuldades? Nenhuma ha para quem sabe manejar o bisturi: dentro de alguns segundos todos os retalhos são seguros e extirpados. O doente resignado á operação não se importa soffrer hum pouco mais, quando se lhe faz crêr que do augmento destes soffrimentos lhe resultão maiores probabilidades de curar-se radicalmente. Note-se porém que nos declaramos pela excisão unicamente nos casos em que as fistulas são acompanhadas de hum descollamento assáz pronunciado, e quando todos os tecidos circumvisinhos da fistula se achão muito profundamente alterados: nos casos contrarios a operação se limita a simples incisão.

As fistulas, que se abrem sobre a parede anterior do intestino, exigem mais precauções que as outras. O bisturi levado sobre seu fundo pôde mui facilmente chegar á bexiga, á prostata, ou ao fundo do sacco peritoneal. Quando as fistulas são mui elevadas, he claro que a operação deve ser não só mais difficil, como mais perigosa: entretanto a ferida do peritoneo, ainda que se tivesse de ir até ao nivel do sacro, parece-nos apenas possivel. Os praticos que assinalarão este perigo certamente não se lembrarão que a abertura morbida não chega senão á membrana mucosa e á musculosa; que o pus se derrama no tecido cellular, e não na cavidade abdominal; que se o peritoneo estivesse ulcerado, haveria hum derramamento no ventre, molestia se não mortal, ao menos mui grave para que se tentasse praticar a operação; que o bisturi não devendo deixar o rego da sonda, de nenhum modo expõe a esta lesão. Mas como em caso tal tem-se de levar a incisão além dos limites inferiores da aponevrose ischio-rec-

tal, ou mesmo além da borda interna da aponevrose pelviana, as infiltrações purulentas a principio entre estas duas laminas, e depois na bacia entre o peritoneo e a fascia-pelvia, são muito mais para temer do que no caso de fistula ordinaria.

Para operar as fistulas incompletas internas, procura-se primeiro que tudo transforma-las em fistulas completas. J. L. Petit, e outros authores teem entendido, que o pus revido no canal fistuloso por meio de hum tampão levado á sua abertura interna, faz saliente o fundo da fistula no exterior: outros accreditarão que com hum gancho tendo hum ramo mais longo que o outro se obtinha o mesmo resultado, isto he, determinar em hum ponto do perineo o fundo correspondente da fistula para abril-o com o bisturi, e proceder ao depois como fica dito. Usa-se deste gancho introduzindo-o pelo anus e insinuando o ramo curto na ulcera. A opinião porém de Velpeau he que, achado o orificio intestinal, não são necessarias tantas investigações. O bisturi levado a cható sobre o dedo, e tendo na ponta huma bóla de cêra, he sufficiente para se obter este resultado, incisando a paredé rectal de cima abaixo, e da parte interna para a externa, á maneira dos abscessos. D'onde se conclue que o bisturi de botão ou mesmo o bisturi recto, preenchem perfeitamente a indicação em hum tal caso, conforme o que assegura Velpeau.

Quando a fistula he multipla, e apresenta hum grande numero de orificios exteriormente, alguns praticos teem aconselhado operal-a em differentes tempos, tendo cuidado de deixar sarar huma ferida antes de fazer outra; Fichet de Flechy (1) he desta opinião, e diz ter operado a alguns doentes deste modo. Nós cuidamos com Velpeau, que he este hum methodo que unicamente serve para demorar a cura, sem lhe dar entretanto nenhum meio de segurança; elle portanto, no nosso entender, em nenhum caso he admissivel.

Nas mulheres a operação da fistula exige algumas observações especiaes, que dizem respeito, segundo M. Ribes, á disposição anatomica das partes. Sendo nas mulheres menos profunda a excavação ischio-rectal, e menos regular a aponevrose perineal, os abscessos do anus se abrem muitas vezes adiante na raiz dos grandes labios ou entre a forquilha e a commissura posterior da vulva. Deve-se portanto buscar ordinariamente neste sentido o orificio da fistula. A aponevrose inferior sendo de algum modo confundida com a fascia-superficial, faz tambem que os abscessos dos grandes labios tendão a ganhar a parte anterior do anus, e a formar ali huma verdadeira fistula incompleta externa, que não póde ser curada; senão pondo-se descoberta toda a extensão do foco. Velpeau refere o caso de huma menina por elle operada em 1833, que tinha

(1) Dict. de Méd., 2.<sup>e</sup> édit., tome 3, pag. 38.

hum a afecção deste genero. Como o estreito inferior da bacia he mais largo e menos alto neste sexo do que no masculino, o anus está quasi ao nivel dos ischions, e pôde mesmo fazer proeminencia para a pelle. Dahi nasce a pouca elevação das fistulas nas mulheres, a facilidade para a operação, e maior perigo de ferir o peritoneo, ou de passar além das aponevroses superiormente. Além disto a presença da vagina na parte anterior mostra toda a importancia das precauções que se devem tomar, quando a fistula tem a sua sede deste lado; isto ainda explica o como taes fistulas podem converter-se em fistulas recto-vaginaes.

Aos olhos de muitos praticos a continuação do curativo he hum ponto capital depois da operação da fistula do anus. Os cirurgiões francezes querem que hum mecha seja introduzida e mantida no recto, ficando sua extremidade entre os labios da ferida. Sem isto, dizem elles, a fistula pôde reproduzir-se, por isso que em geral a cura só he considerada como segura, quando a cicatrização da ferida marcha do fundo para as bordas: esta he a opinião, fundada na experiencia, de Sabatier, de Boyer, e de hum grande numero de cirurgiões. Entretanto Ponteau affirma, fundado tambem na experiencia, que a mecha he não só inutil, mas até nociva pela irritação, pela compressão que exerce sobre a superficie sanguinolenta, e que, na opinião d'elle, não reclama outro tratamento senão o das feridas simples que se quer deixar suppurar. Os principios de Ponteau adoptados por Pott são universalmente seguidos na Inglaterra. Os cirurgiões inglezes permitem unicamente que se colloque entre as bordas da fistula hum tira de panno desfiado ou alguns fios. S. Cooper affirma que nada ha menos rasoavel do que o methodo de curativo seguido pelos cirurgiões francezes.

A respeito deste ponto cremos que a pratica está longe de offerecer tanta differença como os livros. O fim que se deseja he impedir a reunião das bordas da ferida antes de se ter modificado a superficie, fazer que ella cicatrise por grãos, dos lados para o centro, á maneira de huma ulcera. Se para se obter este resultado hum tira de panno desfiado não he sufficiente, tambem não he indispensavel hum grosso cylindro de fios; o seo uso muito prolongado tem o inconveniente de achatar os botões cellulosos, e de obstar além disto ao desenvolvimento delles. Hum mecha pois de mediocre volume, preenche optimamente a indicação durante os dez ou quinze primeiros dias: esta mecha pôde ao depois sem inconveniente ser gradualmente diminuida, e fazer-se chata, logo que a superficie traumatica se tornar vermelha ou tender a cicatrizar-se. Quanto ao mais esta ferida deve ser tratada como outra qualquer, e do mesmo modo os diversos accidentes, quer locaes, quer geraes, que possão sobrevir na marcha da cura.

# HIPPOCRATIS APHORISMI.

---

SECT. 1.<sup>a</sup> APH. 6.<sup>o</sup>

1. Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima.

SECT. 2.<sup>a</sup> APH. 3.<sup>o</sup>

2. Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum.

SECT. 2.<sup>a</sup> APH. 5.<sup>o</sup>

3. Lassitudines spontè abortæ, morbos denuntiant.

SECT. 2.<sup>a</sup> APH. 2.<sup>o</sup>

4. Ubi somnus delirium sedat, bonum.

SECT. 7.<sup>a</sup> APH. 1.<sup>o</sup>

5. In morbis acutis extremarum partium frigus, malum.

SECT. 8.<sup>a</sup> APH. 6.<sup>o</sup>

6. Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet.

SECT. 1.º APH. 6.º

1. In exitibus morborum, extrema remedia expellere oportet.

SECT. 2.º APH. 3.º

2. Bonum, vigilia, interque modum exuberant, malum.

SECT. 3.º APH. 5.º

Esta These está conforme os Estatutos. Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 1841.

Da. CANDIDO BORGES MONTEIRO.

1. In exitibus morborum, extrema remedia expellere oportet.

SECT. 4.º APH. 1.º

3. In morbis acutis, exploranda pariter signa, malum.

SECT. 5.º APH. 6.º

4. In morbis acutis, exploranda pariter signa, malum. In morbis acutis, exploranda pariter signa, malum. In morbis acutis, exploranda pariter signa, malum.