

Dr. Tomé de Lacerda

Doenças do Aparelho Digestivo

A

Prisão de ventre
e seu Tratamento

Sociedade Nacional de Tipografia

1934

DO MESMO AUTOR:

As últimas doenças do Marquês de Pombal
(Tese inaugural — 1915).

Artigos dispersos: *Diagnóstico da obstrução tubária — Tratamentos específicos da tuberculose — Tratamento da anemia perniciosa — Angor pectoris — Tratamento da paralisia espinal infantil — A transfusão de sangue — Aguas medicinais portuguesas — Um novo tipo de seringa para tratamento das hemorroidas, etc., etc.*

Actualidades e Utilidades Médicas:

1927 — 200 páginas

1928 — 328 »

1929 — 354 »

A Alimentação dos Dispépticos:

1930 — 220 páginas

Conselhos aos Hemorroidários:

1933 — 32 páginas

Sala A

Est. 10

Tab. 7

N.º 11

INV. - Nº 2088

DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO

A PRISÃO DE VENTRE E SEU TRATAMENTO

PELO

Dr. TOMÉ DE LACERDA



INSTITUTO NACIONAL DE CULTURA E RECREIO

RC

INCR

616

LAC

3476

1934

Comp. e Imp. na Soc. Nac. de Tipografia

— RUA DO SÉCULO, 59 —

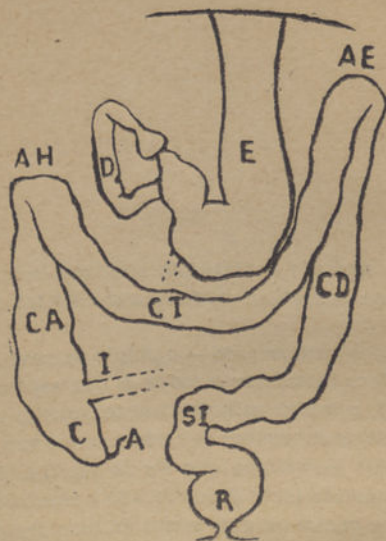
LISBOA

É este o segundo livrinho da série que nos propuzemos escrever sôbre conselhos médicos aos doentes do aparelho digestivo.

O assunto agora versado — a prisão de ventre e seu tratamento — deve interessar a todos os que sofrem de tão enfadonho mal, e muito principalmente àqueles que já tiveram tempo de se convencer que não é com o uso sistemático de substâncias purgativas que elle se resolve. Hoje que os factos sobejamente teem demonstrado a insubsistência dum tal critério, e que os actuais meios de investigação nos permitem avaliar até certo ponto a complexidade das causas que podem concorrer para a génese da prisão de ventre, é que vemos as dificuldades de que é erigida a solução dum tal problema.

E porque assim é, e porque a prisão de ventre constitui um mal largamente dessiminado — estes os motivos por que achámos oportuno lançar em público os conselhos indispensáveis para a sua profilaxia e tratamento, conselhos de ordem prática interessando portanto não apenas o doente, mas mesmo o próprio médico,

Esquema do estômago e intestinos



- A — Apêndice
- I — Embocadura do intestino delgado no intestino grosso (cólon)
- C — Cego
- CA — Cólon ascendente
- AH — Ângulo hepático
- CT — Cólon transverso
- AE — Ângulo esplênico
- CD — Cólon descendente
- SI — S íliaco ou ansa sigmoideia
- R — Recto
- E — Estômago
- D — Duodeno

NOÇÕES PRELIMINARES

Normalmente o bôlo alimentar correspondente a uma dada refeição, depois de sofrer no estômago as transformações digestivas de que êste órgão está incumbido, passa ao duodeno, aonde sôbre êle acorrem novos sucos digestivos que levam mais longe as transformações químicas até aí efectuadas.

A partir dêste verdadeiro laboratório que é o duodeno, as substâncias alimentares já profundamente transformadas, prosseguem na sua marcha ao longo do intestino delgado cujas paredes se encarregam de absorver aquelas que já se encontrem em condições de poder entrar na intimidade do nosso organismo, continuando as que ainda o não estão, a sofrer a acção não só dos sucos digestivos das regiões que lhe ficaram a montante e cuja actividade nesta altura ainda se não encontra de todo esgotada, mas também dos fermentos segregados pelo próprio intestino delgado, alguns dos quais de tal importância que se podem mesmo considerar como insubstituíveis.

Atingida a porção inicial do intestino grosso, o cego, para o que gastam aproximadamente seis horas a contar do momento da ingestão do bôlo alimentar, os restantes produtos da digestão dêste e respectivos detricos constituindo uma papa semi-líquida, aí permanecem por algum tempo e aí sofrem as últimas transformações digestivas, mais à custa dos agentes microbianos que constituem os hóspedes habituais dessa região do intestino, do que pròpriamente da acção de sucos digestivos aí existentes.

A partir do cego e cólon ascendente onde os fenómenos de absorção se realizam ao máximo, esta não deixa de se executar ao longo das restantes porções do cólon, embora de menos em menos intensa, de modo que as já então fezes vão tomando uma consistência tanto mais acentuada, quanto mais se vão aproximando das regiões terminais do intestino grosso. A progressão aqui faz-se porém mais lentamente, de modo que só ao fim de 24 a 36 horas a contar da ingestão dos alimentos, é que a totalidade das fezes a êstes correspondentes tem chegado ao recto, esperando aí o momento da sua expulsão.

Pôsto isto, nós diremos que há prisão de ventre ou obstipação, sempre que em regime de alimentação mixta, se não execute regularmente todos os dias a expulsão de fezes de consistência branda. Esta última condição é indispensável que se realize, pois de contrário nem sempre as dejec-

ções diárias constituem demonstração dum funcionamento normal do intestino. Efectivamente há doentes que teem uma dejecção diária e que, como mais adiante veremos, nem por isso deixam de sofrer de prisão de ventre. Mais ainda: pode haver mesmo presos do ventre tendo duas ou mais dejecções por dia, e que por isso se julgam affectados de diarreia. E' por tudo isto que quando chega junto do médico, o prêso do ventre precisa ser bem explicito na descrição do seu mal, em especial no que se refere ao modo como as suas dejecções se executam e ao aspecto das fezes, pois que tais pormenores podem constituir elementos de diagnose de grande importância.

O atrazo que as fezes sofrem no seu percurso ao longo do intestino grosso é variável, como várias podem ser as causas que lhe dão origem. Abstraindo porém das causas mecânicas da prisão de ventre, extranhas portanto à função exoneradora do intestino em si (tumores da cavidade abdominal, doenças dos órgãos genitais femininos, doenças das vias urinárias, etc.), nós ficamos colocados dentro da hipótese da prisão de ventre funcional, daquela cuja causa imediata reside no próprio intestino indemne de qualquer lesão anatómica. E' desta prisão de ventre habitual, daquela que constitui pode dizer-se a quasi totalidade dos casos oferecidos pela clinica, que nos vamos ocupar.

Colocados porém dentro da hipótese da prisão de ventre funcional, nós temos que fazer ainda a distincção entre as causas que lhe dão origem, o

que tanto equivale a estabelecer os vários tipos que ela pode revestir. Para um tal diagnóstico porém, torna-se necessário pelo menos na maioria dos casos, proceder ao exame radiológico do intestino, pois é nêle que principalmente se funda a classificação dos vários tipos da prisão de ventre, tomando como base, é claro, o que nos casos normais se passa. Resumindo pois e detalhando; nós diremos que, análogamente ao que na normalidade sucede com os alimentos, a refeição de bário empregada para o exame radiológico começa a aparecer na porção inicial do intestino grosso, o cego, 4 e meia a 6 horas após a sua ingestão. Ao fim de 7 a 8 aproximadamente, o bário, que nesta altura já se encontra todo depositado naquela região do intestino e porção ascendente do mesmo, começa a invadir o cólon transverso, atingindo ao fim de 9 a 10 horas o ângulo esplênico. A partir daí, a substância opaca continuando a progredir embora mais lentamente, avança pelo cólon descendente, vindo atingir o S ilíaco passadas 12 horas aproximadamente. Ao fim de 18 a 24, o recto encontra-se mais ou menos cheio pela substância opaca, produzindo-se então a primeira dejectão; passadas 36 a 48 horas após a sua ingestão, todo o bário tem sido expulso para o exterior.

Como dissemos, é sobre estes dados que se deve fundar a classificação dos vários tipos de prisão de ventre; do exame radiológico exigiremos pois, que sobretudo nos aponte, por um lado qual a região ou regiões do intestino onde as fezes sofrem o atraso, e por outro lado quais as perturbações da toni-

cidade dêste, ou talvez melhor da sua excitabilidade, que estão contribuindo para que êsse atrazo se dê — noções estas que conjuntamente com os dados da observação clínica, se tornam indispensáveis para fazermos um juizo da génese do mal em questão, porque cada caso tem a sua topografia própria, o seu mecanismo especial.

Há quem não fique por aqui e pretenda descer a maiores minúcias que em nosso entender só complicam e nada esclarecem. Tracemos no entanto um rápido esboço dos critérios mais vulgarmente adoptados na solução do problema que nos ocupa.

Para não citar senão os autores mais conhecidos e aceites, nós começaremos por Stierlin e Chaoul que no seu tratado de radiologia do aparelho digestivo, ao referirem-se ao mal em questão, começam por estabelecer dois grandes grupos: as *prisões de ventre por colostase difusa* ou como sinònimamente êles as denominam por hipomotilidade difusa, e as *prisões de ventre por colostase ou hipomotilidade circunscrita*, conforme a obstipação corresponde a uma estase da substância opaca ao longo de todo o intestino grosso ou pelo menos a partir do cólon transverso, ou está ligada a uma estase realizada apenas em determinado segmento daquele (cego e cólon ascendente, cólon transverso, ou segmento pelvi-rectal).

Nas prisões de ventre por colostase difusa, aqueles autores estabelecem três tipos: o hopotónico, o normotónico e o hipertónico, segundo o grau de tonicidade do intestino, apontado pela imagem

radiológica dêste. Assim pois, teremos como resumo o quadro sinótico da primeira parte da sua classificação tal como a apresentam os citados autores:

Prisão de ventre (?) difusa	}	hipoquinética	hipotónica
		>	normotónica
		>	hipertónica

Como tipos radiológicos das obstipações por colostase circunscrita, Stierlin e Chaoul apresentam os seguintes:

Prisão de ventre ascendente, em que a substância opaca permanece retida no cego e cólon ascendente durante 24 horas ou mesmo por mais tempo, verificando-se simultaneamente na grande maioria dos casos, alterações topográficas ou funcionais, quer dessa porção do intestino (ptose, dilatação atónica, hipertonia, cego movel) quer de outras regiões do cólon (ângulo hepático e transversal, em especial). Como subtipos da prisão de ventre ascendente, aqueles autores apresentam a forma hipotónica, a forma hipertónica e a hipotónica-hipertónica, ás quais mais adiante nos referiremos com maior minúcia.

Prisão de ventre por transversostase, correspondendo como o seu nome indica, a uma estase da substância opaca no transversal, sem alteração apreciável do calibre dêste, ou apresentando-o apenas um pouco dilatado.

Prisão de ventre por estase rectal ou estendendo-se esta ao sigma (disquésia, prisão de ventre

pélvi-rectal ou recto-sigmoideia), que como mais adiante veremos, pode provir quer duma causa local, quer duma causa longínqua.

Tais são *grosso modo*, os tipos de prisão de ventre admitidos por Stierlin e Chaoul. Por seu lado, Schmidt e von Noorden mais simplicistas, mas com certeza mais clínicos, estabelecem apenas os seguintes tipos:

Prisão de ventre ascendente atrás mencionada e filiada mais ou menos nas mesmas causas apontadas por aqueles primeiros autores.

Prisão de ventre por progressão lenta das fezes ao longo de todo o cólon (prisão de ventre hipoquinética de Schwartz, obstipação atónica de certos autores). Neste tipo de prisão de ventre, a estase de substância opaca dá-se sobretudo a partir do cólon transverso, embora em alguns casos dela participem também o cego e cólon ascendente. Além disto, a coluna opaca é contínua ou muito pouco fragmentada e com as bosseladuras pouco acentuadas ou mesmo mal desenhadas, sobretudo no cólon transverso.

Prisão de ventre disquinética-espástica. Aqui a distribuição topográfica da substância opaca é muito semelhante à do tipo anterior, embora se verifique com maior frequência uma certa estase na região cecal e no recto (*tipo bipolar de Bensaúde*). Além disto, a coluna opaca apresenta-se bastante fragmentada, com as bosseladuras muito vincadas e por vezes a imagem de uma ou outra zona do intestino grosso reduzida a uma estreita

faixa, traduzindo um espasmo aí existente (frequente sobretudo no cólon descendente).

E por fim a *disquésia* a que atrás já fizemos referência.

Na sua classificação, Bensaúde fundando-se ainda no exame radiológico do intestino, mas atendendo também em parte a certos dados clínicos, ordena as prisões de ventre em três grandes grupos:

A *obstipação pelvi-rectal* ou seja a disquésia já citada.

A *obstipação cólica* na qual estabelece três tipos clínicos: a *obstipação cólica do 1.º grau*, constituida pelos casos de prisão de ventre ligeira, permitindo por isso mesmo uma ou outra vez dejectões espontâneas de fezes normais, e caracterizada radiologicamente por estase sobretudo sigmoideia; a *obstipação cólica do 2.º grau*, englobando as prisões de ventre de média intensidade, que constituem afinal os casos mais vulgarmente fornecidos pela clínica, e em que à estase sigmoideia se associa um certo grau de estase ceco-ascendente; a *obstipação cólica do 3.º grau*, correspondendo a uma estase ceco-ascendente acentuada com prisão de ventre intensa, dores frequentes ao longo do intestino grosso (sobretudo no ceco-ascendente), expulsão de muco mais ou menos abundante e fenómenos tóxicos atingindo o estado geral (são no geral doentes magros, pálidos e sujeitos a enxaquecas).

Finalmente a *grande estase intestinal crónica*, correspondendo a alterações topográficas ou morfológicas do intestino grosso, englobando portanto as

prisões de ventre *coincidindo* com ptoses acentuadas, deformações por bridas ou por aderências de pericolite, coalescência de duas ansas cólicas em cano de espingarda, etc., etc., bem como as prisões de ventre por dôlicocólon, constituído quasi sempre por uma ansa sigmoideia longa, enrolada em anel simples ou em voltas mais ou menos caprichosas.

Tais são em suma os critérios mais vulgarmente adoptados no modo de classificação das várias formas de prisão de ventre. Na clínica porém, as coisas nem sempre se apresentam com a simplicidade e clareza aqui traçadas, e por isso vamos expôr a orientação diagnóstica por nós seguida ao tratar do mal em questão.

Em presença dum prêso do ventre e na ausência de qualquer exame radiológico (porque, diga-se de passagem, hoje nem todos estão em condições de o alcançar...) nós precisamos realmente antes de mais nada, afastar a hipótese da prisão de ventre rectal ou recto-sigmoideia. Para isso começaremos por fazer um exame da região ano-rectal e dos órgãos vizinhos, a ver se aí há alguma causa local que a explique, como sejam: certas doenças crónicas do útero, dos anexos (desvios, tumores, inflamações crónicas, etc.), ou da próstata provocando deformações na porção terminal do intestino grosso (causas estas a que chamaremos por isso mecânicas); espasmos do esfíncter anal causados por hemorroidas fenda de anus cancro do recto em

início ou polipos; apêrto inflamatório do recto etc., (causas orgânicas).

Afastada qualquer destas etiologias, virar-nos-emos para as causas puramente funcionais, lembrando-nos que em tais circunstâncias, esta forma de prisão de ventre é mais freqüente na mulher e nos indivíduos de parede abdominal deficiente, flácida, e que ela constitui quási sempre o resultado final do uso e abuso dos clisteres ou de outros excitantes do recto, quando não representa a consequência do mau costume de reprimir a vontade de evacuar, quando esta naturalmente se manifesta. Além disto, o próprio doente poderá verificar por si certos caracteres das fezes: quási sempre expulsas sob a forma de cilindro excessivamente grosso e por vezes formado pela aglutinação de bolas relativamente grandes de fezes acentuadamente duras. Ele mesmo executando durante alguns dias seguidos o toque rectal, poderá verificar a constante permanência de fezes na porção terminal do intestino. E' mesmo devido a ela que na parede dêste se cria por vezes um estado de irritabilidade, manifestada ao fim de certo tempo por uma ou mais dejeções acompanhadas de tenesmo e constituídas por uma parte semilíquida envolvendo as fezes extremamente duras concretadas em bolas mais ou menos volumosas — a chamada diarreia paradoxal.

Por último lembraremos que à disquésia pode estar associada outra forma de prisão de ventre, mais vulgarmente a prisão de ventre ascendente, constituindo neste último caso o tipo bipolar de Ben-

saúde. Em tais casos o doente queixa-se com frequência de dores espontâneas no lado direito do baixo ventre, onde não é raro encontrar o cego dilatado por gases, e doloroso à palpação. Estes são no geral casos de diagnóstico delicado, para o qual é indispensável o exame radiológico.

Afastada a hipótese da disquésia, um ponto importante precisamos então esclarecer — o de saber se na génese da prisão de ventre intervem como factor único ou pelo menos preponderante, o elemento espasmódico, ou melhor, uma excitabilidade exagerada do intestino grosso.

Aqui, para respondermos a uma tal interrogação, podemos talvez prescindir ainda do exame radiológico, lembrando que em tais circunstâncias se trata no geral de indivíduos de sistema nervoso abalado (neurasténicos, hipocondríacos) apresentando mais ou menos os seguintes sintomas (*Schmidt*): dores frequentes e por vezes mesmo cólicas intestinais; fezes conformadas em pequenas bolas duras (*síbalas*) ou em cilindro extremamente delgado; expulsão de muco mais ou menos abundante envolvendo apenas as fezes ou constituindo por si motivo de uma dejecção, na ausência de qualquer irritação inflamatória; contracção espasmódica persistente duma determinada zona do intestino grosso verificada quer por meio da palpação, quer pelo exame radiológico; contracção espasmódica do recto verificada pelo toque rectal ou com o rectoscópio; excesso de indican nas urinas e de acidez do suco gástrico (hipercloridria).

Convém lembrar nesta altura, que embora um tal estado de hiperexcitabilidade intestinal prove-nha na maioria dos casos duma causa local, resi-dindo portanto no próprio intestino, pode noutros provir de uma excitação partida dos centros nervo-sos superiores (neurastenia, hipocondria, depres-são psíquica, etc.).

Na ausência dos sintomas atrás apontados, nós podemos então admitir a hipótese duma prisão de ventre por hipoexcitabilidade ou hipotonia do intes-tino e para nos assegurarmos um pouco da sua vero-similhança, ainda sem o auxílio de exame radioló-gico, temos que entrar em certos pormenores, em especial no que diz respeito à compleição e hábitos do doente.

E' assim que neste tipo de obstipação, há um certo número de indivíduos que reúnem em si uma série de caracteres, o conjunto dos quais consti-tui a por nós chamada *compleição flácida*. Estes são realmente indivíduos gordos, mas duma gordu-ra mole, balofa, com irrigação sangüínea dos seus tegumentos sempre em deficiência e por isso de côr macilenta, com a parede anterior do abdomen deficiente, bamba, as pernas mais ou menos ser-peadas de varizes, e com grande freqüência hemor-roidários. São além disto pessoas naturalmente sedentárias, gostando pouco de se mexer e sempre prontas a dormir o seu sono... A alimentação de tais doentes raramente deficiente, é no entanto acen-tuadamente pobre em resíduos. A êste poderíamos juntar ainda o tipo descrito por Holz-knecht como

tributário também da prisão de ventre hipotónica (hipoquinética?!) — indivíduo asténico de torax longo e estreito, em que o intestino grosso apresenta maiores dimensões que no normal, tanto em comprimento como em calibre, e quasi sempre mal fixado nos seus ângulos.

Neste tipo de prisão de ventre hipotónica, nós estabeleceremos três categorias: a *prisão de ventre ligeira*, em que o doente não é um grande obstipado, tendo por isso dejeções expontâneas embora pouco frequêntes de fezes de consistência mais ou menos normal; a *prisão de ventre de intensidade média*, na qual as dejeções expontâneas são raras e quasi sempre constituídas por fezes endurecidas. Tanto numa como noutra destas categorias, o estado geral do doente não é atingido, e dôres se as há são ligeiras e muito raras, como rara é a expulsão de muco — quando muito êste aparece de tempos a tempos sob a forma de pequenos grumos aderentes à superfície do cilindro fecal.

Emquanto assim succede, isto é, emquanto a obstipação evoluciona sem causar no organismo perturbações de ordem geral, nós podemos contentar-nos com êste critério clínico e orientar por êle a nossa conduta terapêutica, pois que por êste modo ou alterando um ou outro pormenor, nós conseguiremos numa boa maioria de casos resolver o problema. E por aqui devem ficar os leigos em matéria de medicina.

Os casos mais difíceis, aqueles que são acompanhados de sintomatologia mais complexa, com re-

precursão sobre o estado geral do doente pertencem ao médico, pois que só êle está apto a resolver as mil e uma dificuldades de que são ericados tanto o seu diagnóstico como o seu tratamento. São estes, os *casos graves*, que constituem a terceira categoria da prisão de ventre hìpotónica.

Para estabelecer porém um diagnóstico com precisão, torna-se indispensável sobretudo nos casos difíceis, proceder como dissemos, ao estudo radiológico do intestino, porque só êle nos poderá auxiliar a estabelecer, em primeiro lugar a destrição entre as prisões de ventre por obstáculo mecânico ou anomalias congénitas do intestino cujo diagnóstico não esteja ao alcance dos vulgares meios de observação (sobretudo carcinoma da região ileo-cecal ou do ângulo esplénico, certas alterações topográficas do intestino grosso, doença de Hirshprung, etc.), e as prisões de ventre de origem funcional, guiando-nos além disso nesta última hipótese, na classificação dos vários tipos clínicos da prisão de ventre.

Para isto, seguindo em parte o critério radiológico de Stierlin e Chaoul e adaptando-nos às exigências clínicas de ordem portanto prática, nós começaremos por estabelecer dois grandes grupos: as prisões de ventre correspondendo a uma estase difusa dando-se portanto ao longo de todo o intestino grosso ou pelo menos com maior insistência a partir do cólon transverso — *prisões de ventre por colostase difusa* — e as prisões de ventre dependentes duma estase circunscrita, isto é,

limitada a determinada zona do intestino grosso — *prisões de ventre por colostase circunscrita*.

Mas ao estabelecer estes dois grandes grupos, falemos sempre e só em colostase (*causa*) e não empreguemos em vez desta, como fazem Stierlin e Chaoul, a expressão prisão de ventre (*efeito*), e o que ainda é mais, não utilizemos aquela como sinónimo de hipomotilidade intestinal como fazem os mesmos autores, visto que como êles próprios sugerem e muito bem, nós não podemos por ora tomar como base de classificação das prisões de ventre, o grau da motilidade intestinal, uma vez que não estão ainda bem estabelecidas qual a natureza e finalidades de todos os movimentos de que o intestino é animado, e muito principalmente daqueles que contribuem para a progressão das fezes ao longo dêste. Portanto: prisão de ventre por colostase difusa e prisão de ventre por colostase circunscrita, e nunca por exemplo, prisão de ventre difusa hipoquinética...

Por outro lado, é ainda em virtude do incompleto conhecimento da motilidade intestinal em todas as suas modalidades, que por ora nós com verdade só podemos fundamentar a génese da prisão de ventre por colostase difusa e da maioria das correspondentes a colostases circunscritas, numa das seguintes causas: ou numa hipoexcitabilidade do sistema neuromuscular do intestino manifestada rãdiologicamente por uma imagem dêste em estado de hipotonia; ou pelo contrário numa hiperexcitabilidade do mesmo sistema neuro-muscular traduzida

pela imagem dum intestino hipertónico ou mesmo espasmódico. E' principalmente sôbre esta distinção entre hipoexcitabilidade e hiperexcitabilidade, ou melhor entre hipotonia e hipertonia intestinal, que assenta a orientação terapêutica da obstipação; é pois sôbre ela que se deve basear a classificação do mal em questão, sem que nos preocupemos sistematicamente com minúcias que na grande maioria dos casos só servem para complicar mais o problema.

Além de tudo isto, nós não vemos a necessidade de manter o tipo de prisão de ventre por colostase difusa normotónica estabelecido por aquêles mesmos autores, porque primeiro do que tudo, êle nada nos diz sob o ponto de vista prático — a conduta terapêutica é sempre mais ou menos a mesma, quer se trate do tipo hipotónico quer do normotónico. Por outro lado, sendo o grau de tonicidade do intestino apontado ràdiologicamente pelo calibre e estado das bosseladuras dêste, não julgamos tarefa fácil avaliar sob êsse ponto de vista, pelo menos em certos casos, quando devemos deixar de considerar um cólon normal para o incluir dentro dos domínios da patologia, visto que mesmo na normalidade, o calibre do intestino varia dentro de certos limites de indivíduo para indivíduo. E' por tudo isto que não achamos conveniência alguma em estabelecer maior complexidade num capítulo já de si tão complicado. Fiquemos pois em prisões de ventre por colostase difusa e prisões de ventre por colostase circunscrita, e dentro daquele primeiro grupo admitamos apenas o tipo hipotónico e o tipo hipertónico.

Começando pois pelo estudo da prisão de ventre por colostase difusa hipotónica, nós teremos como elementos clínicos de diagnóstico os que já apontámos a páginas 16 e seguintes. Além disto, o exame radiológico mostrará o intestino grosso de calibre largo e com as bosseladuras pouco acentuadas; a substância opaca em coluna mais ou menos contínua, só atinge o recto e começa a ser expulsa bastante tardiamente. E' neste tipo de prisão de ventre que temos de considerar como dissemos, os casos ligeiros, os casos de média intensidade e os casos graves. Além disto, convêm saber que é nestes últimos que o doente pode ter duas ou mais dejectões por dia, quási sempre de pequeno volume e constituídas por fezes extremamente duras — as chamadas *dejectões fraccionadas* (Boas). E' em idênticas circunstâncias que em vez desta forma de dejectões, se pode produzir também mais ou menos diàriamente uma única dejectão expontânea de volume apreciável, mas de fezes também extremamente duras, que deverião ter sido expulsas dois ou mais dias antes — por isso denominadas *dejectões retardadas*. Qualquer destas formas de dejectões pode, é certo, fazer parte do quadro clínico da prisão de ventre por colostase difusa hipertónica; no entanto Schmidt e von Noorden consideram-as mais como atributo do tipo hipotónico (sobretudo as dejectões fraccionadas).

Na prisão de ventre por colostase difusa hipertónica, além dos elementos clínicos apontados a páginas 15, o exame radiológico mostra o intestino

grosso com as bosseladuras acentuadamente vinca-das e de calibre estreito, por vezes mesmo reduzido em certas zonas a uma estreita faixa de contornos mais ou menos rectilíneos (espasmo); a substância opaca em coluna assaz fragmentada, começa a apa-recer no recto bastante tardiamente, ali se acumu-lando ás vezes por falta de excitabilidade do apare-lho expulsor das fezes, e constituindo então o cha-mado globo pélvico.

Constituindo o grupo das prisões de ventre por colostase circunscrita, temos como ficou dito (pág. 10): a prisão de ventre ascendente, a prisão de ventre por transversostase e a disquésia atrás já descrita.

Na *prisão de ventre ascendente*, correspon-dendo como se disse a uma estase da substância opaca no ceco-ascendente, a imagem rãdiológica apresenta sempre sinais de alterações topográficas ou funcionais, quer apenas desta porção do intesti-no (ptose, cego movel, dilatação atónica, hipertonia pura ou sintomática duma lesão apendicular), quer de alguma das regiões que lhe ficam a jusante (hipertonia ou mesmo espasmo do cólon transversu ou do ângulo hepático). Para simplificar um pouco o estudo clínico dêste tipo de prisão de ventre, de etiologia como se vê tão vária, nós admitiremos apenas dois subtipos — a forma hipotónica e a forma hipotónica-hipertónica, pois que em nosso entender, a pretensa forma hipertónica estabelecida por Stierlin e Chaoul não tem razão de existir, por se confundir na sua descrição com a prisão de ventre por

colostase difusa hipertónica dos mesmos autores, ou seja a prisão de ventre disquinética-espástica de Schmidt. Assim pois teremos na prisão de ventre ascendente :

A *forma hipotónica*, com o ceco-ascendente dilatado e de bosseladuras apagadas, apresentando-se o restante cólon de calibre normal.

A *forma hipotónica-hipertónica* (a mais frequente) com o ceco-ascendente dando também mostras de hipotonia, à qual porém está associada uma hipertonia do restante cólon (sobretudo da metade esquerda do transversal), com frequência acompanhada duma estase pélvi-rectal (*tipo bipolar de Ben-saúde*).

Sob o ponto de vista clínico, qualquer destas formas de prisão de ventre pode arremedar o quadro clínico da apendicite crónica — crises de cólicas partidas do lado direito do baixo ventre, seguidas por vezes de uma ou mais dejecções diarreicas ; nos períodos de acalmia, ligeiras dores sempre no baixo ventre e frequente elevação da temperatura embora pouco acentuada ; estado geral quasi sempre mau. Como sintomas objectivos, ceco dilatado e doloroso à palpação sobretudo durante as crises, mas ausência de defeza muscular. E' preciso porém que nunca se esqueça ou se ignore, que a prisão de ventre ascendente pode constituir pelo contrario, o quadro clínico sob que se mascara muitas vezes a apendicite crónica.

Como se pode depreender de tudo o que fica dito, a prisão de ventre ascendente constitui quasi

sempre um problema de difícil solução não só no que diz respeito a diagnóstico, mas ainda pelo que toca a tratamento, sendo por isso mesmo necessário que a nossa observação se amiude em tais casos, e se exija do radiologista um estudo atento da região ileo-ceco-apendicular.

A estas formas da prisão de ventre ascendente que Stierlin e Chaoul classificam de funcionais, teríamos ainda a acrescentar as formas orgânicas, isto é, as que, segundo aqueles autores, estão ligadas a aderências ou bridas existentes no ângulo hepático ou cólon ascendente, produzindo estrangulamentos ou angulações acentuadas que dificultam a progressão das fezes. Convém no entanto elucidar nesta altura, que a interferência das ptoses e angulações exageradas ou aderências do intestino grosso na génese da prisão de ventre habitual, é posta em dúvida por certos autores (*Schmidt, von Noorden e outros*).

Para êles, nesses casos de prisão de ventre em que o exame radiológico demonstre a existência de tais alterações, trata-se apenas duma questão de coincidência e não de uma relação de causa para efeito. Há é certo, casos em que aquelas podem realmente dificultar a progressão das fezes ao longo do intestino, mas em tais circunstâncias fazem-no duma maneira brusca, provocando uma obstrução aguda.

Na prisão de ventre por *transversostase*, intervem com frequência a hiperexcitabilidade do cólon descendente (ligada por vezes a uma colite mucosmembranosa); nalguns casos porém a estase do

transverso está, segundo a opinião de Stierlín, ligada a alterações topográficas do intestino grosso — acentuação exagerada do ângulo esquerdo do cólon, quer por juxtaposição em cano de espingarda dos dois ramos daquele ângulo, quer por aderências ou bridas existentes no mesmo ângulo, dificultando aí a progressão das fezes.

Resumindo agora e esquematizando o que atrás ficou dito, nós estabeleceremos o seguinte quadro sinótico, que além de dar uma idéia geral da marcha a seguir no exame dum prêso do ventre, mostra em rápido esbôço a classificação por nós adoptada para o mal em questão.

mecânica — doenças dos órgãos vizinhos do recto, provocando deformações neste.

Estase pélvi-rectal (Disquêstia) orgânica — apêrto inflamatório do recto, cancro e outros tumôres ou lesões dêste órgão.

funcional — hipoexcitabilidade do aparelho expulsor das fezes.

hipotónica } casos ligeiros
— de média intensidade
— graves

hipertónica

Prisão de ventre por

Colostase difusa

hipotónico }
funcional } hipotónico-hipertónico

Tipo ascendente } orgânico (?) — aderências ou bridas

Tipo transverso } funcional — hipotónico-hipertónico (?) — aderências ou bridas

Colostase circunscrita

HIGIENE E PROFILAXIA

Se para a preservação da generalidade dos males que nos podem apoquentar é bem judicioso o velho anaxim do *vale mais prevenir que remediar*, para a prisão de ventre êle deve tomar foros de verdadeiro axioma. E esta prevenção, esta vigilância, terá tanto maiores probabilidades de êxito, quanto mais cedo fôr posta em execução. E' efectivamente dêsde criança que se deve habituar o intestino a trabalhar, e isto sobretudo à custa de dois factores essenciaes : alimentação adequada, e escolha de hora certa para proceder à dejecção.

Pormenorizemos :

Em primeiro logar, se é lícito admitir como a pratica nos ensina, que as funções dos órgãos digestivos exigem, para se executar dentro da normalidade, horas certas de refeições, em nada nos deve repugnar crer que a função exoneradora do intestino que a êles pertence, êxija também uma hora certa para que se execute com regularidade. E efectivamente assim é. Os factos teem sobejamente demons-

trado que sob êste ponto de vista, a educação do intestino constitui um factor de primacial importância não só na profilaxia do mal em questão, mas ainda mesmo no êxito do seu tratamento. Para isso pois, é preciso como dissemos, destinar uma hora certa para proceder á dejecção, sendo preferível escolhe-la dentro da primeira meia hora que se segue ao pequeno almoço. E' realmente nesta altura, que o intestino grosso se encontra nas melhores condições de executar movimentos profícuos para a expulsão das fezes, pois que à acção estimulante do despertar para a faina da vida e das habituais lavagens matinaes, se associa a excitação de ordem reflexa partida do estômago pela chegada ali dos alimentos que constituem a primeira refeição. Devem exceptuar-se desta regra os hemorroidários, para os quais é preferível que as dejecções se executem á noite, pouco tempo antes de ir para a cama.

Com tudo isto não queremos dizer que nos presos do ventre desabituaados de horas certas de dejecção, a reeducação do intestino constitua por si só elemento bastante para resolver o seu mal, mas tão sómente que ela desempenha um meio auxiliar que nunca se deve esquecer e antes é indispensável executá-lo sempre com certa pertinácia e paciência, mantendo portanto a hora escolhida sempre com certo rigor e de tal modo, que fora dela deve mesmo reprimir-se até certo ponto toda a vontade de evacuar não muito imperiosa que apareça. Inversamente, mesmo que esta se não manifeste, o prêso

do ventre precisa ser cumpridor e recolher á casa de banho à hora regulamentar, procedendo aí e sempre sem pressas, tal como se a vontade existisse. Além disto, êle não deve utilizar-se do vulgar assento de retrete para proceder ás suas dejecções, mas sim de uma bacia de cama que o obriga a uma posição em que os seus esforços serão mais proficuos.

Por outro lado, a alimentação deve merecer-lhe especiais cuidados, tanto mais que na grande maioria dos casos a prisão de ventre pode e deve ser resolvida só, ou quási que exclusivamente à custa duma dieta apropriada, e muito principalmente aquella que não tem outra origem senão o uso e abuso de uma alimentação deficiente em resíduos que estimulem o intestino (a chamada por isso, prisão de ventre alimentar ou pseudo-obstipação). E' sobretudo nos grandes centros que tais casos são freqüentes, pois que é neles que a alimentação é constituida em grande parte por carne, peixe, ovos, pão de farinha fina e outros alimentos, cujos resumidos resíduos de digestão além de constituirem débeis excitantes do peristaltismo do intestino, tornam êste delicado e com propensão para a dispepsia de fermentação e catarros, propensão posta em evidência sobretudo quando em tais circunstâncias abruptamente e sem certas precauções se institua uma alimentação essencialmente vegetariana. A êste factor alimentar está quási sempre associado um outro não menos importante — o da vida sedentária e de trabalho intelectual intenso a que estão sujeitos os habitantes de tais centros.

Outro tanto já não sucede com os camponeses, os quais, além duma vida em que predominam os exercícios físicos ao ar livre, fazem uso duma alimentação de tipo predominantemente vegetariano e portanto rica em resíduos. — Assim o atestam a broa, as hortaliças, os legumes e as frutas, que formam a base principal das suas refeições, e a raridade que constitui a prisão de ventre em tais regiões.

E' para atingir um semelhante tipo de alimentação, que a grande maioria dos presos do ventre deve empregar os seus esforços, mas repetimos, operando sempre com toda a prudência, para não ir criar situações que prejudiquem o resultado final a atingir.

E' exactamente por tudo isto que como dissemos, é sempre preferível habituar o intestino desde os primeiros anos de idade a uma alimentação rica em resíduos e da qual portanto façam parte com certa abundância e persistência, as hortaliças, os legumes, as frutas e mesmo um pouco de pão integral, e nunca ao manifestar-se tendência para a prisão de ventre em tais idades, se deve lançar mão de clisteres ou de substâncias purgativas que só prejudicam e nada resolvem.

O receio muito vulgarmente manifestado, das perturbações gastro-intestinais pretensamente atribuídas à indigestibilidade duma tal alimentação, não passa duma pura fantasia como de fantasia não passa, o julgar-se que ela possui um fraco valor nutritivo — com um apetite franco e uma alimentação mixta, não nos devemos preocupar gran-

demente com o valor alimentício, energético, da ração global diária, e isto tanto para a criança como para o adulto.

Não se deduza porém de tudo isto, que um tal critério é aplicável a todos os casos de prisão de ventre, pois que se a grande maioria exige realmente uma sobrecarga do intestino com resíduos, outros há como mais tarde veremos, que pelo contrário só se podem resolver com uma alimentação sedativa, isto é, constituída por substâncias de fácil assimilação, instituída pelo menos no comêço do tratamento. E' por isto que pode em certos casos constituir um êrro e portanto ser prejudicial, o conselho que amiúde se ouve dar aos presos do ventre em geral, de que façam uso abundante de hortaliças e frutas.

A'parte certos detalhes de qualidade a que mais pormenorizadamente nos referiremos no capítulo de tratamento, o prêso de ventre precisa abster-se de determinados alimentos que pela sua constituição podem concorrer para o agravamento do seu mal, como sejam : o vinho puro (sobretudo o tinto), os licores, o chá da India sobretudo quando muito forte e em quantidade exagerada, o chocolate (estes dois quando misturados com leite perdem em parte a sua acção obstipante), o chá de folhas de nogueira, o leite (a não ser em pequena quantidade), o marmelo, a romã, as nêspas, as bananas, o arroz ou o cosimento dêste, as mucilagens de aveia ou de cevada, a canela, etc. etc. Do mesmo modo é necessário evitar certos medicamentos também de peço

nhecida acção obstipante, tais como o tanino e seus derivados, os sais de bismuto em pequena dose, os sais de cálcio, a morfina e duma maneira geral todos os preparados de ópio, etc. Quanto aos efeitos do tabaco, ou mais precisamente da nicotina, sôbre a função exoneradora do intestino, dependem êles, na opinião de Schmidt, das condições da excitabilidade individual e assim, se numa boa maioria dos casos aquela pode produzir uma obstipação de character espástico, noutros facilita ou exagera mesmo o peristaltismo intestinal.

Do mesmo modo que para a criança, o adulto precisa abster-se do uso dos clisteres de água simples ou adicionada de certas substâncias irritantes como a glicerina e o sabão, bem como de certas substâncias purgativas ou de especialidades anunciadas para o tratamento da prisão de ventre, sem prévia indicação médica. Qualquer dêstes meios empregados a êsmo e sem critério científico, nada resolve e só pode concorrer para complicar mais o problema, por mais que não seja embotando a sensibilidade reflexa do intestino tão necessária à sua função exoneradora. Para o mesmo desastroso efeito podem concorrer ainda, o uso habitual de supositórios confeccionados com substâncias irritantes, os semicúpios frios ou os duches anais, e o péssimo costume que outra classificação não tem, o de reprimir a vontade franca de evacuar quando esta naturalmente se manifesta. E' bom que se saiba que qualquer destas práticas estão apontadas como causas únicas de certas formas de prisão de ventre.

Como atrás ficou dito, a falta de exercício pode quasi que por si só, constituir causa da prisão de ventre, por colocar o intestino numa situação de quietude contrária à execução dos movimentos necessários para que as dejeções se realizem. Duma maneira geral pois, o prêso do ventre ou todo aquele que para isso tenha propensões, precisa dedicar-se a certos exercícios físicos e mesmo a determinados desportos como sejam a bicicleta, o remo, a esgrima, etc. A própria marcha ao ar livre e a ginástica respiratória mais ou menos orientada pelos moldes apontados no nosso primeiro opúsculo desta colecção (1), constituem uma das expressões mais práticas e mais úteis dos exercícios físicos que se podem recomendar para os doentes de que nos estamos ocupando. Para os presos do ventre com parede abdominal flácida, bamba, porventura condicionando em parte o seu mal, estão aconselhados ainda os exercícios de elevação e descida do tronco executados de manhã na cama.

Seja porém como fôr, o que é indispensável é que ao executar qualquer destas práticas, se o faça sempre sem fadiga, para que os seus resultados se não tornem contraproducentes.

Nem sempre porém os exercícios físicos constituem indicação precisa para contrariar a prisão de ventre. Análogamente ao que dissemos para a alimentação, há de facto doentes, os excitados ou facilmente excitáveis com prisão de ventre do tipo

(1) Conselhos aos Hemorroidários — pág. 19

hipertónico, que precisam bem pelo contrário levar uma vida de certo repouso tanto físico como intellectual e moral. Estes são doentes para quem está mesmo indicado o repouso na cama por alguns dias, durante as suas crises de maior agudeza.

Como meio não só profilático mas mesmo curativo da prisão de ventre, podemos considerar ainda a massagem cuja modalidade porém, deverá ser regulada pelo estado de excitabilidade do intestino. Assim, se a prisão de ventre corresponder a um estado hipertónico ou mesmo espasmódico do intestino, deverá prescrever-se uma massagem superficial, sedativa (*effleurage*), ao passo que se aquela estiver ligada a uma hipotonia intestinal, empregar-se-á de preferência a massagem profunda (*pétrissage, tapotement*).

Embora estas práticas constituam um auxiliar já de há muito recomendado no tratamento da prisão de ventre, nós diremos como Schmitt que «o êxito definitivo da massagem não está vinculado definitivamente à habilidade do massagista, e antes depende sobretudo da força sugestiva deste e da confiança e fé que êle inspire ao doente» !...

Outro tanto poderíamos dizer talvez da electroterapia, excepção feita para a diatermia, que em determinados casos pode realmente exercer efeitos benéficos, sobretudo naqueles em que predomine um certo estado espasmódico, doloroso, do intestino, ligado ou não a uma colite mucosa crónica. Alguns autores attribuem é certo, à corrente contínua, uma certa acção sedativa pelo que a aconselham no trata-

mento das prisões de ventre do tipo hipertónico, ao passo que reservam as correntes farádicas para as prisões de ventre hipotónicas, por lhes atribuírem propriedades estimulantes. Nem todos porém aceitam uma tal distinção, havendo mesmo quem as aplique indistintamente num ou noutro tipo de prisão de ventre.

E para terminar, resta referirmo-nos à água de que, como agente físico, se podem tirar realmente certos benefícios não só na profilaxia, mas também no tratamento do mal em questão. Para isso basta que façamos apenas na parte que agora nos interessa, um resumo do que a tal respeito dissemos na nossa penúltima publicação. (1)

Banhos gerais ou parciais (imersão só até à base do torax) frios (18° a 34°), de curta duração, produzem efeitos tónicos.

Banhos gerais ou parciais mornos (36° a 37°), de 20 a 60 minutos de duração, possuem uma acção sedativa.

Duches frios de 5 a 15 segundos de duração, são sobretudo excitantes.

Duches mornos ou os

Duches quentes (37° a 45°) de 1 a 5 minutos de duração, exercem efeitos sedativos.

(1) Alimentação dos Dispépticos, pag. 167.

Duches escoceses são sobretudo toni-sedativos.

Como bebida, a água pode e deve ser usada com certa liberalidade pela grande maioria dos presos do ventre.

E por aqui ficamos quanto a preceitos de higiene e profilaxia da prisão de ventre. Vejamos agora as principais linhas de conduta que nos devem guiar no tratamento dêste mal.

TRATAMENTO

Como dissemos, para instituir um tratamento consciencioso da prisão de ventre, é indispensável determinar previamente a qual dos tipos ela pertence, pois que como é fácil de compreender, cada um destes exige uma estratégia especial e o que ainda é mais, cada caso em si requiere uma conduta particular.

Orientando pois a descrição do tratamento em questão, pelo que ficou exposto no primeiro capítulo, nós teremos que considerar separadamente cada um dos tipos por nós ali adoptados, isto é: a *disquêsia*, as *prisões de ventre por colostase difusa hipotónica e por colostase difusa hipertónica* (estas duas últimas tomadas como prototipos das antigas prisões de ventre hipotónica e hipertónica que somos forçados a adoptar na falta de exame radiográfico), a *prisão de ventre ascendente* e emfim a *prisão de ventre por transversostase*.

Disquésia ou obstrução pélvi-rectal

Esta forma de prisão de ventre é curável quando tenha como causas: a perda da excitabilidade do aparelho expulsor das fezes; espasmos dos esfincteres anais; a debilidade da musculatura abdominal ou do períneo; ou enfim uma estase nas regiões altas do intestino grosso (cego e cólon ascendente, em especial) não permitindo a chegada de fezes ao recto senão por pequenas parcelas, insuficientes para despertar os movimentos expulsores.

Pelo contrário tem poucas probabilidades de cura, os casos de disquésia dependentes de certas afecções da medula, como por exemplo a tábés, a esclerose múltipla, etc.

Seguindo em parte a orientação de Schmidt e von Noorden no tratamento das formas curáveis da disquésia, nós estabeleceremos o seguinte plano estratégico:

1.º — *Desimpedir o recto das fezes nele estagnadas, e evitar que de novo outras aí se acumulem.* — Para isso temos que lançar mão dos seguintes recursos: clisteres de 250 c.c. de água com sabão, de sôro fisiológico (soluto de sal de cosinhas a 8 por mil) ou duma solução de bilis (16 gramas de extrato sêco para mil de água); supositórios de manteiga de cacao simples ou adicionada de sais biliares; pequenos clisteres (*microclismas*) de glicerina pura (10 a 50 e mesmo até 100 c. c.). E' sobretudo para prevenir a nova acumulação de fezes no recto e favorecer em parte a drenagem das zonas altas do

intestino, que servirão os clisteres de azeite (150 a 200 c. c.) amornado em banho-maria e aplicados à noite ao deitar da cama, clisteres que deverão ser retidos até à manhã seguinte, pelo que é indispensável que o doente fique com um resguardo prevenindo assim a possível saída involuntária de alguma porção de azeite durante o sono. Finalmente lembraremos que é a disquésia um dos tipos de prisão de ventre em que a hora certa de evacuar tem especial importância; deve ser mesmo por êste meio de reeducação do intestino, que de futuro se tem de evitar a permanência de fezes no recto.

2.º — *Evitar a descida de fezes duras provenientes das regiões altas do intestino.* — Para isso temos que recorrer em primeiro logar a purgantes especiais que estimulem o intestino grosso (sene, cáscara sagrada, ruibarbo) e à atropina, para promover uma franca drenagem dêste, depois do que, só então se instituirá uma alimentação rica em resíduos, segundo as normas adiante estabelecidas para o tratamento da prisão de ventre por colostase difusa hipotónica, caso a disquésia não esteja associada a uma prisão de ventre hipertónica (do tipo ascendente ou por colostase difusa).

3.º — *Tratar os espasmos dos esfíncteres rectais quer de origem local (hemorroidas, fenda de anus etc.), quer de natureza reflexa (prostatite, uretrite, afecções do útero ou dos anexos, etc.).* — Em tais circunstâncias estão contra-indicados os clisteres e os supositórios preparados com substâncias irritantes (sabão, glicerina, bilis) e bem pelo contrário,

além do tratamento etiológico especial que cada (1) *fezes nele acumuladas*. — Para isso servirão os clisteres ou supositórios preparados apenas com substâncias anti-espasmódicas ou associando a estas, analgésicos — a atropina (0, gr. 0005 a 0, gr. 001 em 20, 50 ou 100 c. c. de água morna), a beladona só ou associada à cocaína (0, gr. 03 de extrato da primeira para 0, gr. 01 a 0, gr. 02 da segunda, em supositórios), a suprarenina (1 c. c. do soluto millesimal para 20 a 30 c. c. de água em microclisma), ou a papaverina também em pequenos clisteres (0, gr. 03 a 0, gr. 05 em 50 a 100 c.c. de água morna).

4.º — *Tratar a inflamação do recto que raro não existe, e que provém da estase muito prolongada de fezes nele acumuladas*. — Para isso servirão os clisteres de 200 a 300 c. c. de soluto de borato de sódio a 10 ou 20 por cento, simples ou adicionado dum pouco de água oxigenada; de soluto de nitrato de prata a 1 : 2500 ou 1 : 5000, ou de sulfato de zinco a 1 por cento, bem como a aplicação de pós inertes (dermatol, subnitrato de bismuto, etc.) feita com pulverizador apropriado através do anuscópio; a diatermia rectal, e os semicúpios frios ou quentes conforme o doente melhor os suportar.

5.º — *Desenvolver a musculatura da parede abdominal, quando a fraqueza desta condicione a etiologia da disquésia*. — Para isso servirão os exercícios físicos e mesmo uma ginástica adequada (vide capítulo anterior), a massagem e a electricidade. Aqui, como de resto em todos os outros tipos de

(1) Em vez de, *fezes nele acumuladas*, lêa-se: — caso require, deve empregar-se uma medicação calmante.

prisão de ventre, ao tratar-se de indivíduos magros, é indispensável submetê-los ao mesmo tempo a uma cura de engorda, aumentando-lhes sobretudo a ração diária das gorduras (azeite, manteiga fresca, nozes e amêndoas descorticadas).

Afastada a hipótese da disquêsia, e na ausência de qualquer exame radiológico do intestino ou de outros elementos de observação clínica que nos permitam entrar em maiores minúcias de diagnóstico, nós temos que orientar a nossa terapêutica por um dos dois tipos da prisão de ventre por colostase difusa: ou pelo tipo hipotónico ou pelo hipertónico — única forma de nos colocarmos dentro do maior número de probabilidades de acerto. Começemos pois pelo primeiro.

Prisão de ventre por colostase difusa hipotónica

Como dissemos no primeiro capítulo, temos que atender aqui a três categorias de presos do ventre: os casos ligeiros, os casos médios e os casos graves.

Nos *casos ligeiros* desta forma de prisão de ventre, ligados pode dizer-se, sempre a uma alimentação defeituosa a que está associada ainda por vezes uma vida sedentária, basta quasi sempre modificar estes dois factores para que tudo entre na normalidade. E então suprimir-se-á por alguns dias da alimentação, a carne, o peixe, os ovos e o leite, imprimindo de futuro àquela, um character mais acentuadamente vegetariano do que tinha até então. Em certos casos bastará mesmo meter apenas na ali-

mentação um pouco de pão integral, para que as dejecções se normalizem mais ou menos prontamente. Noutros será suficiente o refôrço da ração diária das gorduras, com o que muito aproveitarão além disso, os presos do ventre em estado de nutrição deficiente. E' ainda aqui que se não deve esquecer também o conselho que no capitulo anterior demos com referencia aos líquidos — são doentes que precisam fazer uso liberal de bebidas.

Quando a prisão de ventre não ceda duma maneira franca a tais medidas, devemos avançar mais no campo dos alimentos excitantes do intestino grosso, e então será reforçada a dose do pão integral, das saladas cruas (fazendo figurar mesmo nestas a cenoura e o tomate crus) das frutas frescas (excepção feita para as nêspersas, bananas e marmelos) e lançando-se mesmo mão se necessário fôr, dos legumes sêcos não descorticados (lentilhas em especial) e das frutas sêcas, sobretudo ameixas (8 a 15 por dia cosidas e reduzidas a puré) uvas e tâmaras.

Nos *casos médios* desta forma de prisão de ventre, a orientação alimentar atrás mencionada é insufficiente pelo menos no comêço do tratamento, precisando por isso recorrer-se nessa altura a certas substâncias que pelas suas propriedades de excitantes indirectos, obriguem o intestino a um funcionamento regular. Estão em tais casos o mel, a lactose ou a glicose (20 a 40 gramas de qualquer destas dissolvidos em 100 ou 200 de água), a água salgada (1 colher de chá de sal para 250 c. c. de água) e o sumo de frutas ácidas (em especial da

laranja) quando tomados em jejum. Desempenham ainda aqui papel de adjuvante nunca a esquecer, as mucilagens (em especial o agar-agar e as sementes de *psilium*) tomadas às refeições em doses progressivamente crescentes (de uma colher de chá até uma colher de sopa) diminuindo-as depois até à dose inicial e associando-lhes sempre e segundo a mesma técnica, a parafina — associação esta que neutralizando de certo modo os inconvenientes de cada um dos seus componentes, reforça além disso a acção das mucilagens. Por outro lado, bom será que se não administre a parafina indiferentemente a qualquer hora do dia — ao comêço das refeições, nos estômagos sem queixas; um quarto de hora antes daquelas, nos estômagos hiperácidos e dolorosos; no jejum da manhã e à noite ao deitar da cama, nas atonias gástricas. Nos presos do ventre magros ou litiásicos biliares, associar à parafina o azeite (*Bensaúde*).

Nos *casos graves* da prisão de ventre em questão, a finalidade a atingir deve ser ainda a sobrecarga máxima do intestino com uma alimentação rica em resíduos, única forma de conferir a êste a sua excitabilidade normal perdida. No comêço do tratamento é preciso porém proceder com toda a prudência, ajustando-nos sempre às condições de cada caso.

Assim, um ponto importante a atender antes de mais nada, é o de saber se se trata duma prisão de ventre puramente hipotónica ou se, como succede na generalidade dos casos graves desta, nela inter-

vem já um certo estado de irritabilidade de determinadas zonas do intestino grosso, proveniente da retenção muito prolongada aí, de fezes excessivamente duras. Em tal hipótese, que será de certo modo confirmada pela antiguidade e pertinácia do mal em questão, pela existência de pequena quantidade de muco nas fezes e de ligeiras dores abdominais, o nosso primeiro objectivo a alcançar deve ser o de suprimir essa irritabilidade e afastar a sua causa, administrando doses suficientes de atropina (0, gr. 0015 por dia em duas doses) e aplicando em seguida clisteres de água simples ou de sôro fisiológico, que desimpedirão as regiões terminais do intestino, das fezes duras aí acumuladas. Para drenar em seguida as regiões altas do cólon, servir-nos-emos principalmente dum soluto isotónico de sulfato de magnésio (solução a 2 por cento do sulfato anidro ou a 4,1 por cento do cristalizado), tomado em jejum na dose de 200 a 500 c. c. conforme o caso, sempre amornado em banho-maria e de preferência tornado gazoso pelo anidrido carbónico em garrafa apropriada.

E' só depois de colocar o intestino numa tal situação de franca drenagem, que se pode e deve então entrar abertamente numa alimentação rica em resíduos orientada, bem como o resto do tratamento, mais ou menos pelas normas traçadas a respeito dos casos médios dêste tipo de prisão de ventre. Nos casos mais renitentes e nas crises de exacerbação da prisão de ventre, terá que recorrer-se por vezes a certas substâncias de natureza purgativa, como se-

jam o sene, a cáscara sagrada ou a magnésia associada ao subnitrito de bismuto ou ao kaolino em altas doses. Por outro lado, os clisteres de azeite (500 c. c.) poderão desempenhar também papel de ótimo recurso para tais situações.

Ao estabelecer uma alimentação acentuadamente estercorogénea, isto é, produtora de abundantes resíduos, é preciso não esquecer que aqui mais do que em qualquer outro capítulo da terapêutica, é da maneira de começar que tantas vezes depende o êxito final da nossa tarefa, sendo por isso necessário em tais circunstâncias avançar sempre com certas precauções, tateando as susceptibilidades do doente tanto pelo lado do estômago como pelo do intestino, para que se não produzam perturbações digestivas por abuso de consumo exagerado de alimentos de natureza estercorogénea, nem também que se fique muito àquem da sobrecarga ótima exigida pelo intestino para um funcionamento normal.

Assim por exemplo, pelo que diz respeito ao pão integral, precisamos ser cautelosos sobretudo quando se trate de pessoas de estômago delicado, com digestões prolongadas, ou de intestinos atreitos a fermentações flatulentas e de fácil irritabilidade (muco freqüente nas fezes embora sempre em pequena quantidade, e ligeiras dores abdominais). Do mesmo modo é necessário ser cuidadoso quanto à utilização das frutas e saladas pois há doentes que não suportam umas e outras senão quando cozidas. E' por tudo isto que depois de ficarem estabelecidas as linhas gerais do tratamento dietético, ao

doente incumbe mais que ao médico, a tarefa de seleccionar entre os alimentos prescritos, quais os que mais se coadunam com a constituição dos seus intestinos e estômago.

Prisão de ventre por colostase difusa hipertónica

No tratamento dêste tipo de prisão de ventre, e duma maneira geral no de todos os casos em que o estado de hipertonia do intestino grosso constitua a causa mais evidente do mal em questão, nós teremos que nos orientar por uma conduta diametralmente oposta ao da prisão de ventre do tipo anterior. Assim, no comêço do tratamento começar-se-á por minorar a hiperexcitabilidade do intestino por meio de doses suficientes de atropina (0, gr. 0015 por dia em duas doses) ou da associação desta com a papaverina, procurando em seguida desobstruí-lo das fezes nele acumuladas, por meio de clisteres não muito abundantes (500 c. c.) de água simples, de cosimento de malvas ou de alteia, ou de sôro fisiológico, applicados de manhã, aos quais se podem associar e com vantagem, os clisteres de azeite dados à noite, conforme atrás deixámos dito.

Ao mesmo tempo, o doente precisa ser submetido a uma dieta sedativa, constituida sobretudo por alimentos susceptíveis duma absorção o mais completa possível e portanto pobres em resíduos, como sejam os caldos não muito espessos de farinhas finas, os ovos (quentes ou mexidos moles, omeletes mal

passadas), as carnes tenras de preferência passadas pela máquina de migar alimentos, as sopas de massas finas, algumas hortaliças, e frutas não muito ácidas cozidas e reduzidas a puré, o pão fino, manteiga fresca e leite fermentado (yogourth, kefir de dois dias). Como bebidas habituais, a água simples (pouca ás refeições), o café de cevada simples ou associada a um pouco de chicória, o chá da Índia fraco sempre com um pouco de leite, e o chá de tilia. O repouso físico e moral constituem ponto importante do tratamento — são doentes para levar uma vida regrada, metódica, em que não deve faltar o clássico repouso post-prandial pelo menos duma meia hora, o qual será aproveitado para fazer aplicações quentes sôbre a região do estômago (saco de borracha ou almofada eléctrica).

Como medicação adjuvante, além de doses suficientes de atropina, empregar-se-á o subnitrito de bismuto ou o kaolino em altas doses (10 a 20 gramas segundo a susceptibilidade do intestino) tomados em jejum com um pouco de água morna levemente açucarada, e associados ou não à parafina.

Nos primeiros tempos do tratamento, é necessário proceder de oito em oito dias a uma drenagem mais ou menos completa do intestino por meio dos clisteres há pouco mencionados, mas sempre depois de prévia atropinização. Finalmente lembraremos que para os doentes desta classe mais facilmente excitáveis, os sedativos gerais (brometos, valeriana, banhos gerais mornos, etc.), constituem também medicação que se não deve esquecer.

Ao fim dum certo tempo de tratamento, será necessário proceder novamente a uma observação cuidadosa do doente, e repetir mesmo o exame radiológico do seu intestino, a fim de verificar se o elemento hipertónico prepondera ainda na gênese da prisão de ventre, e portanto resolver se devemos ou não tentar, embora lenta e progressivamente, uma alimentação acentuadamente estercoreogénea.

Todos os restantes tipos de prisão de ventre, pertencentes afinal ao grupo das colostases circunscritas, sendo devidos do mesmo modo quer a uma hipotonia quer a uma hipertonia, quer à associação dêstes dois estados anormais da excitabilidade do intestino grosso, natural é que o seu tratamento seja orientado mais ou menos pelas normas por nós expendidas ao tratarmos dos dois tipos de prisão de ventre por colostase difusa. Há porém certos detalhes a observar em cada caso, motivo por que nos vamos referir separadamente a cada um daqueles tipos de obstipação.

Prisão de ventre ascendente

Para que o tratamento da prisão de ventre ascendente seja levado com êxito até final, é indispensável não proceder de ânimo leve ao exame do doente, e exigir sempre um estudo radiológico cuidadoso do seu intestino por se tratar aqui de casos, como dissemos, quasi sempre complexos, de difícil diagnóstico, e tantas vezes confundidos com a apendicite crónica,

quando não constituindo mesmo uma simples máscara desta.

Afastada porém esta última hipótese, bem como os casos de natureza orgânica, e colocados portanto na hipótese da prisão de ventre ascendente de origem funcional, a nossa terapêutica deverá ser orientada como dissemos, mais ou menos pela conduta adoptada para as prisões de ventre por colostase difusa. Na prisão de ventre ascendente hipertónica porém, não é necessário levar muito longe os rigores duma dieta sedativa; pode mesmo permitir-se uma alimentação mixta vulgar, isenta contudo de grande sobrecarga de resíduos. Do mesmo modo, na prisão de ventre ascendente hipotónica, em que pareceria legítimo o emprêgo duma alimentação produtora de abundantes escórias, é sempre preferível não passar também muito além duma alimentação mixta, e recorrer antes aos purgantes do intestino grosso (sene, cáscara, ruibarbo só, ou associado ao enxôfre).

Na forma hipotónica-hipertónica dêste tipo de prisão de ventre, a atropina ou a atropina e a pãpaverina, constituem sempre um ótimo recurso que nunca deve ser esquecido. Nos casos em que a accção daquelas duas substâncias seja pouco evidente, pode-se-lhes associar com proveito o soluto isotónico de sulfato de magnésio (vide pág. 44) nunca em doses muito altas.

Como dissemos no primeiro capítulo, não é raro que a disquésia esteja associada à prisão de ventre ascendente (sobretudo à forma hipotónica-hipertó-

nica). Em tais circunstâncias é indispensável desobstruir primeiro a parte terminal do intestino das fezes nela acumuladas, e evitar que nova estase aí se faça, para o que basta seguir em parte a orientação terapêutica estabelecida para a prisão de ventre pélvi-rectal.

Além de tudo isto, é necessário que o doente leve também uma vida de certo repouso, e que faça aplicações quentes sôbre o abdomen ou melhor ainda um tratamento pela diatermia, sobretudo quando se trate de formas dolorosas ou se suspeite da intervenção de aderências (formas orgânicas).

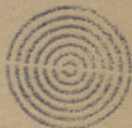
Prisão de ventre por transversostase

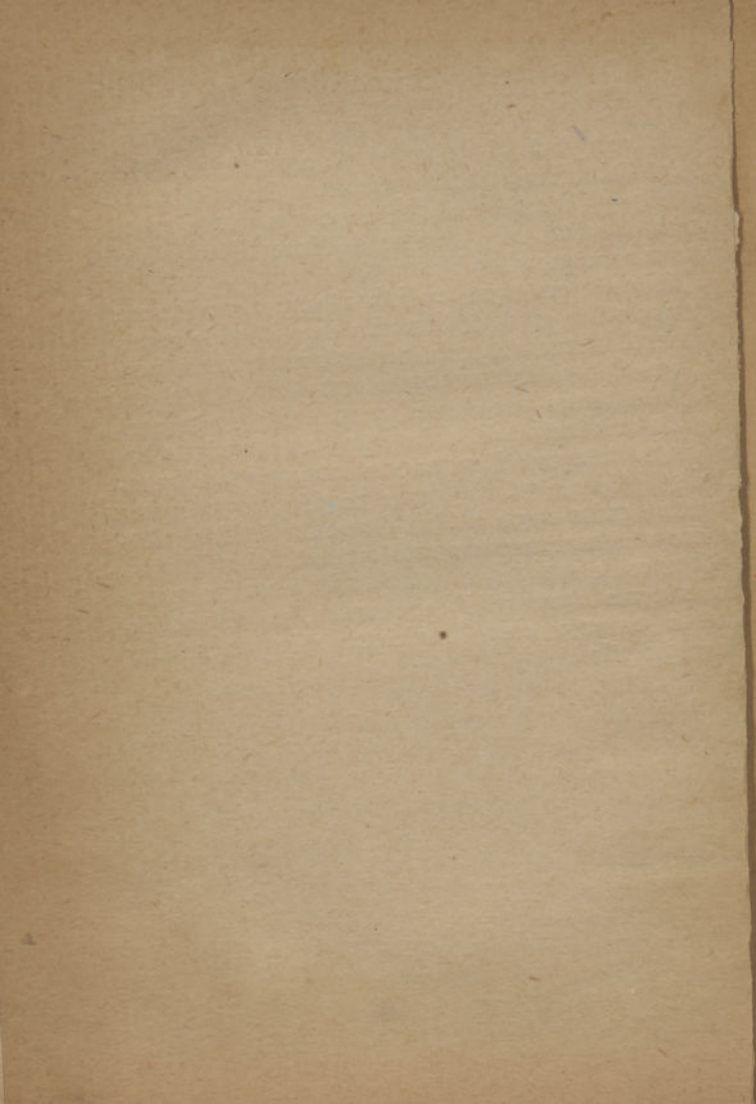
Na prisão de ventre por transversostase puramente funcional, devida portanto a uma simples hipertonia ou mesmo espâsmo do cólon descendente, é indispensável estabelecer uma terapêutica essencialmente sedativa tanto sôb o ponto de vista alimentar como medicamentoso, embora numa fase tardia do tratamento se possa por vezes passar a uma alimentação mixta ou mesmo acentuadamente estercorogénea, mas sempre por um modo lento e cauteloso, tanto mais que a êste tipo de prisão de ventre, pode estar por vezes associado um processo de colite crónica muco-membranosa.

E' ainda na prisão de ventre transversa, que os clisteres de azeite applicados à noite ao deitar da cama encontram uma das suas melhores indicações. Do mesmo modo os supositórios com beladona

só ou associada à papaverina, constituem ótimo recurso sobretudo para as primeiras fases do tratamento. Aqui também não se deve esquecer o subnitrato de bismuto ou o kaolino em doses altas, só ou associados à parafina.

Tais são em suma as linhas gerais por que nos devemos orientar no tratamento da prisão de ventre funcional. Escusado seria porém repetir mais uma vez, que dentro da orientação terapêutica aqui traçada, nós temos que amoldar sempre a nossa conduta às exigências de cada caso, atendendo umas vezes a estômagos delicados porventura vincadamente dispépticos, outras vezes ao próprio intestino propenso nuns casos à fácil fermentação das substâncias vegetais, noutros mostrando tendência para fenómenos de exagerada putrefacção, e enfim numa percentagem apreciável de doentes, ao estado do sistema nervoso com freqüência atingido na sua esfera psíquica.







RÓ
MU
LO



CENTRO CIÊNCIAS
UNIVERSIDADE COIMBRA

1329687821

