

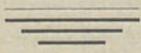
M. DA SILVA LEAL

GASTRO - ENTEROLOGISTA

# A tuberculose nas estenoses rectais e peri-rectais

---

(SEPARATA DO «PORTUGAL MÉDICO», N.º 3 DE 1933)



1933  
TIP. DA ENCICLOPÉDIA PORTUGUÊSA, L.<sup>DA</sup>  
R. Cândido dos Reis, 47  
PÓRTO

RC  
MNCT  
616  
LEA

---

## Publicações do autor:

---

- «Biceps brachial à sept chefs» — Extrait du *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles*. Tome IX, 1922 — Lisbonne, 1923.
- «O Bicipite braquial» — (Tese de doutoramento). Pôrto, 1926.
- «La fréquence des chefs surnuméraires du biceps brachial chez les Portugais». — Extrait des *Comptes rendus des Séances de la Société de biologie*. — Séance du 21 juillet 1926.
- «Les chefs surnuméraires du biceps brachial chez les monstres tératocéphaliens». — Extrait des *Comptes rendus des Séances de la Société de biologie*. — Séance du 21 juillet 1926.
- «Variações do Bicipite braquial nos fetos monstruosos» — Extracto do *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. Vol. X, Lisboa, 1926.
- «A recto-sigmoidoscopia na prática corrente». In *Portugal Médico*, n.º 12 de 1928.
- «Notas sobre o processo de Yeomans nos pruridos anais». — Separata do *Portugal Médico*, n.º 5 de 1930.
- «O método de Yeomans nos pruridos anais». — Separata de *A Medicina Contemporânea*, n.º 27 de 1932.
- «Considerações sobre alguns casos de tumores de estômago». — Separata do *Portugal Médico*, n.º 11 de 1932.
- «Quelques cas de polydactylie» (de colaboração com o Dr. J. Espregueira Mendes). — Extrait des *Folia Anatomica Conimbrigensis*. Vol. VII, 1932.
- «Contribution à l'étude des pérviscérites abdominales d'origine rénale». Extrait des *Archives des Maladies de l'Appareil Digestif*. Tome XII, n.º 10, 1932.

---

## Trabalhos em via de publicação:

---

- «O tripé venéreo na genése das estenoses rectais».
- «Um caso da coalescência da vagina»
- «As estenoses rectais e peri-rectais de origem inflamatória (Conferências realizadas na Associação Médica Lusitana).
- «Um caso de tumor do colon descendente — Estudo clínico e radiológico».

## A tuberculose nas estenoses rectais e peri-rectais

Os apêtos do recto, de aspectos variados, evolução lenta e insidiosa, etiologia por vezes difícil de esclarecer e complicações muitas vezes graves, constituem um vasto campo de observação.

A rectite venérea, disentérica ou de qualquer outra natureza, exige uma cuidadosa observação e uma vigilância atenta de que pode resultar o tratamento abortivo dum processo inflamatório de tendências essencialmente estenosantes.

E' raro, porém, que o doente nos apareça nesta fase inicial. Vulgarmente a sintomatologia é tão pobre que passa despercebida ao doente; só quando a dificuldade das dejectões é acentuada, quando as dôres se tornam violentas e o estado geral começa a sentir-se gradual e intensamente agravado, é que a maior parte dos doentes procuram o médico.

Um outro factor contribue para que esta categoria de doentes nos apareça tardiamente: o pudor. Ainda hoje é vulgar lutar-se com bastantes dificuldades quando se pretende observar doentes dos segmentos terminais do intestino. O toque rectal e a rectoscopia, absolutamente indispensáveis, são causa de grandes aborrecimentos que, por vezes, só à custa de grande paciência e persuasão é possível realizar.

A facilidade com que muitos doentes conseguem uma receita para uma rectorragia que surgiu sem causa aparente, ou para um tenesmo impertinente que, de quando em quando, os molesta, au-



INSTITUTO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
DE CARVALHO

AC  
MNCT  
616  
LEA

menta a relutância dêstes em permitirem uma observação consciente a quem o exame superficial não chega para formular um diagnóstico e dar uma directriz científica ao tratamento.

Já há muito se não concebe que o interrogatório, por muito minucioso e detalhado que seja, baste para formular um diagnóstico. Em rectologia o toque e a endoscopia são elementos imprescindíveis não só para o diagnóstico como também para seguir a evolução da doença e orientar a terapêutica. Dêles não se pode privar o médico, mesmo em face duma opposição formal por parte dum doente que, seja por vício de educação, seja por um exagerado pudor, se negue a ser observado. Nêstes casos é preferível que o médico corresponda de igual modo à negativa do doente e se abstenha de o tratar.

As estenoses podem ter várias etiologias. A mais freqüente é, sem dúvida, a de natureza venérea, compreendendo-se nesta designação as formas determinadas pela sífilis, pela blenorragia e pela sodomia, associada nuns doentes, isoladas em outros.

Nos 12 estenosados por mim observados encontrei: 5 casos de estenose sifilítica; 1 caso em que ficou bem averiguada a sífilis, a blenorragia e a sodomia; 1 caso de sífilis associada a hábitos sodomicos; 1 caso de sífilis e blenorragia; 1 caso que não sei se deva attribuir à sífilis, se a um processo gonocócico originado por uma infecção útero-anexial; 1 caso de sífilis com tuberculização tardia; 1 caso de peri-rectite com esbôço de estenose de natureza tuberculosa; e 1 outro caso também de natureza bacilar.

A-pesar-de a variedade de causas observadas nesta pequena série colhida na minha clínica, muitas outras encontramos citadas na literatura médica. Assim, os apêrtos disentéricos não são raros; a bilharziose, a actinomicose e a lepra podem determinar igualmente estenoses rectais, bem como o bacilo de Ducrey e a doença de Nicolas-Favre.

Por vezes, mesmo com todos os elementos de observação, quanta dificuldade há em determinar a causa de uma doença que tão intensamente actua sôbre o organismo, depauperando-o bem sensivelmente e ainda sôbre o psiquismo do seu portador, tornando-o triste e indiferente, dando-lhe, enfim, tôdas as características dum deprimido moral.

No presente trabalho, como o título elucida, simplesmente me interessa tratar das estenoses rectais determinadas pelo bacilo de Koch, ou daquelas que tendo uma outra etiologia inicial, passaram, a partir de dado momento, a ter associado aquele agente.

Hartmann, numa série de 86 doentes portadores de apêrtos do recto, encontrou 10 casos em que a tuberculose pulmonar appareceu antes de qualquer sintoma que fizesse chamar a atenção para o recto.

Na clínica de R. Bensaúde <sup>(1)</sup> em 226 casos de estenose encontraram-se 5 apêtos de natureza tuberculosa e 3 em que esta se encontrava associada à sífilis.

A demonstração anatomo-patológica da existência da bacilose rectal de fôrma estenosante foi dada por Sourdille, Lapointe e Bezançon <sup>(2)</sup> quer pelas «lesões microscópicas irrefutavelmente bacilares» que encontraram, quer pelas inoculações que efectuaram em animais.

Segundo Deroche <sup>(3)</sup> as lesões tuberculosas pôdem aparecer sob três fôrmas: —1.<sup>a</sup>) Tuberculoma hipertrófico ou úlcero-hipertrófico, aparecendo só ou coexistindo com uma localização tuberculosa de outro órgão; esta fôrma é rara. 2.<sup>a</sup>) Estenose tuberculosa precedida da fase de ulceração tuberculosa e rectite; esta fôrma é também rara. 3.<sup>a</sup>) Estenoses tuberculizadas.

Não devemos, porém, restringir o campo dêste ramo da patologia digestiva às estenoses réctais; num período adiantado da doença, é difficil distinguir um apêto que inicialmente tenha começado pelo recto, dum que tenha tido a sua origem silenciosa nas camadas peri-rectais. Não é natural, pois, que esqueçamos êstes últimos,

E' conhecida a relativa freqüência com que aparecem fístulas peri-rectais, cuja natureza, a maior parte das vezes, é bacilar. Êstes estados inflamatórios evoluem e fazem sentir-se no próprio recto. A propósito citarei um caso da minha série:

XI OBSERVAÇÃO — Maio de 1930 — A. S., do sexo masculino, casado.

Regressado do Brasil há pouco, sentia-se bastante enfraquecido. Apresentava dois trajectos fistulosos logo por trás do ânus, um outro no próprio rebordo do esfínter, do lado direito, e ainda outro, à esquerda, no rebordo ânu-cutâneo. Todos êstes trajectos supuravam abundantemente.

Feito um toque rectal notei a existência duma esclerose peri-rectal, mais intensa na parede posterior, a qual dava já um endurecimento notável à parte inferior do recto. Do lado pulmonar notava-se apenas uma respiração rude de ambos os lados, principalmente nos vértices. O doente referia ter-se sifilizado em novo.

A supuração desapareceu logo que começou a usar o soluto de Fucsina de Zihl, tendo em seguida feito banhos de sol. Dos trajectos fistulosos só dois persistiram, em geral sem corrimento, a-pesar-de haver uma pequena comunicação com o recto.

A esclerose peri-rectal desapareceu com 20 applicações de diatermia tri-polar. Já

(1) Bensaude, Mezard et Godard — Rétrécissement rectal et Syphilis.— «Arch. des Mal. de l'App. Dig.» — Av., 1930, Paris.

(2) Bensaude — Les rétrécissements inflammatoires du rectum.— In «Traité de Pathologie Médicale et de Therapeutique appliqué». Vol. XI, Paris.

(3) Deroche — Contribution à l'étude des rétrécissements inflammatoires du rectum (Thèse de Doctorat, 1925).— In «Analyses du Journal de Chirurgie» — Août, 1926.

depois de se haver observado êste resultado fez-se, como tratamento anti-luético e reconstituente, uma série de injeções de Neo-Salvarsan.

Diagnóstico: Início de estenose peri-rectal de origem bacilar; sífilis adquirida.

A multiplicidade dos tractos fistulosos, e a acção benéfica que se obteve com a helioterapia, autorizam a que se pense, a respeito dêste doente, na natureza bacilar do seu processo inflamatório. E' nêstes casos, colhidos no início da formação estenosante que a diatermoterapia actua heroicamente como processo abortivo.

A inferioridade orgânica a que arrasta uma estenose rectal em adiantado estado de evolução, explica até certo ponto, o enxêrto da tuberculose. A tuberculização das estenoses é a fôrma mais vulgar das baciloses rectais, segundo Deroche, e êste é um dos motivos porque um estenosado, mesmo em adiantado estado de evolução, precisa de ser vigiado e cuidado atentamente. Passo a referir um caso que tratei e que nos apresenta alguns elementos dignos de comentários:

X OBSERVAÇÃO — Fevereiro de 1929 — J. N. G., do sexo masculino, solteiro.

Há cerca de 7 anos que foi diagnosticada, no Brasil, uma estenose rectal, sem que o doente se resolvesse a iniciar o tratamento. Em 19 de Fevereiro de 1929 deu entrada num quarto do Hospital da Lapa, sendo então por mim observado pela primeira vez. Apresentava-se febril e emagrecido. Referia dôres violentas no períneo, região onde se encontrou um abcesso superficial o qual no dia seguinte foi aberto pelo Dr. Abel Pacheco. Há muito tempo que vinha sentindo tenesmo e que tinha multiplas dejectões diarreicas. A ansa signoide e o colon descendente eram muito bem palpáveis e apresentavam-se sob a forma de corda. Pelo toque verificou-se a existência dum apêrto bastante espêsso, no recto, o qual à retoscopia se apresentava filiforme e com bastantes ulcerações.

Pela auscultação verificou-se ser vibrante o segundo ruído aórtico e haver uma ligeira rudeza respiratória no vértice pulmonar direito.

O doente declarou-se sifilitico tendo já feito algum tratamento; a reacção de WASERMANN, feita no sôro sangüíneo, foi positiva.

Aberto o abcesso do períneo a temperatura desapareceu. Foi então iniciado um tratamento iodo-mercúrio-arsenical, ao mesmo tempo que se fazia a diatermia com electrodo rectal. Porém, embora o apêrto fôsse cedendo ao tratamento, as perdas pio-sangüíneas continuaram a ser abundantes, mantendo-se em plena supuração a abertura feita no períneo. Esta era lavada diàriamente com água iodada, água oxigenada ou soluto de Dakin, sendo evidente o desembocar da fistula no recto, acima do anel de estenose.

Em Outubro a respiração pulmonar tinha-se tornado um pouco mais rude, aparecendo um dia ou outro uma pequena febrícula. Em fins dêste mês o doente fez uma leve congestão hepática que cedeu à medicação usual, tornando-se depois a febrícula mais freqüente.

O apêrto diagnosticado anteriormente estava já bem reduzido, porém, logo por cima, encontrou-se um outro, muito fechado, de paredes ulceradas e com pequenas granulações. Pelo toque verifiquei haver entre os dois aneis de estenose um diverticulo situado na parede anterior do recto, um pouco para a esquerda, o qual era bastante doloroso e onde

aparecia o líquido injectado pelo períneo. Daqui deve ter partido, sem dúvida, a infecção que motivou o abcesso e a consecutiva fistulização.

As temperaturas começaram depois a oscilar entre os 37º,5 e os 38º, ao mesmo tempo que o doente emagrecia com insistência. Em face d'êste estado, resolveu-se efectuar um ânus contra-natura à esquerda, para depois de um período longo de repouso recommençar o tratamento local.

A operação foi feita pelo Dr. Abel Pacheco, com anestesia local, tendo-se verificado a existência de pequenas granulações, muito possivelmente tuberculosas, espalhadas pelo peritонеo. Passados 5 dias o doente faleceu vitimado por uma bronco-pneumonia.

Diagnóstico: Estenose rectal dupla, de natureza lúética e tuberculizada secundariamente.

Nêste doente a sífilis averigada e confirmada pela reacção de Wassermann, deve ter sido a causa determinante da estenose; esta tinha já sido diagnosticada há uns 7 anos e o razoável estado geral mantido pelo doente, a-pesar-dô desprêso completo a que lançou o seu padecimento, não se coaduna bem com a hipótese de um processo de natureza bacilar logo desde o início.

O seu abcesso, com a consecutiva fistulização, deve ter tido como ponto de partida o divertículo que foi notado entre os dois aneis de estenose; nos estenosados já em adiantado estado de evolução, os trajectos fistulosos são freqüentes e, aparecidos nestas condições, não são o indício de uma lesão tuberculosa, mas sim a resultante das soluções de continuidade existentes — lacerações e ulcerações da mucosa — verdadeiras portas escancaradas por onde a infecção entra e facilmente invade as camadas rectais e peri-rectais.

A duplicidade do apêrto também nenhum valor tem a favor da hipótese duma estenose bacilar; esta duplicidade, embora relativamente rara, pode observar-se em estenosados de qualquer outra etiologia. De facto a evolução da doença faz-me pensar que fôsse a sífilis que de comêço provocou a reacção inflamatória e que alimentou durante alguns anos a sua evolução; mais tarde, em data que é impossível precisar com exactidão, associou-se a tuberculose, que nos últimos tempos era evidente. Bem sei que se não fez a biopsia e o exame anatomo-patológico, mas a observação clínica auctorisa francamente a que cataloguemos êste caso na secção dos apêrto secundariamente tuberculizados.

Um outro caso observei já, em tão adiantado estado de evolução que impossível se me tornou averiguar da sua forma inicial. Tratar-se-ia a comêço dum tuberculoma hipertrófico ou ulcero-hipertrófico coexistindo com uma bacilose pulmonar, ou teria antes sido uma rectite ulcerosa de natureza bacilar que na sua evolução tivesse provocado a estenose ano-rectal de forma cilíndrica?

Qualquer destas formas escasseia, mas a qualquer delas deve ter correspondido a lesão inicial dêste doente:

IX OBSERVAÇÃO — Dezembro de 1928 — M. P. da F., sexo masculino, casado.

Teve sempre dificuldade em obrar. Há uns 6 anos foi-lhe notada a existência dum apêrto. Em 26 de Novembro de 1924 foi operado de um abcesso na nadega. Surgiram em seguida vários abcessos urinosos que fôram abertos e fistulisaram.

Há 9 anos que deitou sangue pela bôca, repetindo-se a hemoptise passados 7 anos.

Quando o vi, em Dezembro de 1928, tinha um trajecto fistuloso no pubis, outro no escroto e múltiplos trajectos nas nadegas (Fig. 1). Queixava-se de grande dificuldade em obrar, procurando alimentar-se mal, por medo que tinha às dejecções.

O anus encontrava-se aberto e o toque era impossível. No recto havia um cilindro



Fig. 1

de intensa esclerose, muito duro e começando logo junto ao esfíncter. Do anus corria, bem como dos trajectos fistulosos, abundante quantidade de pús.

Pela auscultação notava-se uma acentuada rudesza em ambos os pulmões e sarridos finos, no vértice direito, com broncofonia. Havia tosse sem expectoração.

O doente teve 23 irmãos todos já falecidos. O pai morreu com bastante idade; a mãe faleceu também.

Como tratamento paliativo fôram-lhe feitas dilatações com as velas de Hegar. Depois que últimamente teve um novo abcesso urinoso, o qual fistulison para a nadega direita, não mais se levantou. Faleceu poucos meses depois.

Diagnóstico — Tuberculose rectal de forma estenosante.

Os estenosados do recto, quer venham até nós na fase primária — no período em que se podem obter resultados que nos permitam classifica-los como curados — quer consigam simplesmente uma melhoria local com o consecutivo levantamento do seu estado geral, são doentes que se devem sujeitar pela vida fóra a uma vigilância periódica e atenta.

Quando a rectite ou perirectite é diagnosticada no seu início, consegue-se com a diatermoterapia curar o doente; é, no entanto, muito raro encontrarmos os doentes nesta fase inicial. O tratamento pela diatermia foi iniciado e vulgarizado em França por R. Bensaude e Marchand <sup>(1)</sup> e na Alemanha por H. Picard <sup>(2)</sup>. Entre nós tem sido usado largamente e em 1928 Francisco Formigal Luzes <sup>(3)</sup> publicou uma nota clínica sôbre êste método na Lisboa Médica.

Evidentemente que esta terapêutica não exclue o tratamento geral, segundo a etiologia certa ou provável do padecimento, nem outros tratamentos locais que circunstâncias aconselhem (rectalgias, lacerações, úlceras, fissuras, abscessos perirectais, fístulas).

A desinfeccção rectal dos estenosados precisa de ser cuidada e diária, e a obstipação carece da melhor atenção, lucrando o doente que se lhe conceda a possibilidade de obter dejeccções quotidianas e de consistência mole. E', por vezes, difícil conseguir isto, porque em certos doentes, em evolução já adiantada, a atonia intestinal é acentuada.

Um problema há que pôr em face duma estenose, mòrmente quando o apêrto é bastante fechado: haverá necessidade em fazer uma indicação operatória?

A prática do ânus ilíaco tem as suas indicações bem definidas. Deve fazer-se, e tem vantagens, quando o apêrto é muito fechado e não cêde às dilatações frias ou às dilatações diatérmicas. Nêste caso a colostomia, além de facilitar as evacuações e de permitir que estas se façam sem provocar maior irritação local, tem ainda a vantagem de evitar infecções secundárias, fáceis de se realizarem através uma mucosa lesada. Julgo, ainda e pelos mesmos motivos, que um estenosado lucra com o ânus ilíaco quando se suspeita de uma tuberculização do seu apêrto, inicialmente provocado por qualquer outro agente, mesmo que aquele apêrto não seja muito fechado.

<sup>(1)</sup> R. Bensaude e J. H. Marchand — Um traitement particulièrement efficace du Rétrécissement inflammatoire du Rectum — «Presse Médicale», 2 Dec. 1925.

<sup>(2)</sup> H. Picard — Zentralblatt f. Chir., n.º 31, per Avùt 1925 «Analyse in Journal de Chirurgie», n.º 1, Oct. 1925.

<sup>(3)</sup> Francisco Formigal Luzes — A dilatação diatérmica dos apertos do recto (Método Bensaude-Marchand) «Lisboa-Médica», Abril, 1928.

Barbilian <sup>(1)</sup> a propósito da colostomia cita um caso operado por Hartmann em 1921 em que o ânus ilíaco funcionava perfeitamente, mas a que faltou a melhoria local que seria de esperar a rectite subiu progressivamente até chegar ao ânus, surgindo, em 1924, um fleimão marginal do ânus ilíaco.

Parcelier, <sup>(2)</sup> a propósito de um caso de apêto rectal, possivelmente tuberculoso, que não cedeu às dilatações, abordou o problema da terapêutica cirúrgica das estenoses. Segundo êste autor o ânus ilíaco é insuficiente, devendo optar-se pela ressecção larga. A cura radical pela dissecação intra-esfincteriana e ressecção da zona doente é o método que fornece mais garantias.

Barbilian refere-se à estatística de Hartmann, colhida entre 1918 e 1924 — em 17 amputações houve um caso de morte, e conclue por afirmar que nos casos de lesões limitadas os resultados são bons, mas que nos doentes em que o apêto é acompanhado de uma rectite supurante, as perdas purulentas continuam mesmo depois da intervenção.

No entanto, a colostomia só póde ser empregada quando «as lesões são ainda limitadas e, sobretudo, se não existe peri-rectite extensa.» <sup>(3)</sup> Nêste caso o único recurso é ainda o ânus ilíaco.

O diagnóstico etiológico de uma estenose rectal é, por vezes, muito difícil de estabelecer.

O tipo tuberculoso estabelecido por Hartmann e caracterizado pela existência de folículos tuberculosos e zonas de caseificação e infiltração epitelióide, nem sempre se observa. Muitas vezes o próprio exame histológico não mostra mais do que uma reacção inflamatória banal.

Um facto me parece digno de ser apontado para interesse da vossa atenção: é geralmente nos apêtos tuberculosos que o processo inflamatório tem mais tendência para uma progressão ascendente, transformando, pouco a pouco, o recto num cilindro tortuoso e de diâmetro cada vez mais pequeno. O último dos doentes a que atrás fiz referência vinca bem êste apontamento, quer pelo aspecto local, quer pela evolução lenta que apresentou.

A possível tuberculização dos apêtos provocados por outros agentes é mais um motivo, e poderoso, para que um estenosado seja vigiado periódica e atentamente.

<sup>(1)</sup> Barbilian — Quelques considérations sur le traitement des rétrécissements inflammatoires du Rectum. «La Presse Médicale», 4 Mars 1925.

<sup>(2)</sup> Parcelier — Quelques réflexions sur le traitement des rétrécissements dit inflammatoires du rectum. «Gazette Hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux», Sept. 1927. In «Analyses du Journal de Chirurgie», Fev. 1928.

<sup>(3)</sup> P. Lecene et R. Leriche — Therapeutique chirurgicale. Vol. III, Paris 1926

Os estenosados do recto numa fase já adiantada da sua doença, são, de facto, doentes que merecem a nossa atenção, não só pelo sofrimento físico que os atormenta, como também pelo psiquismo especial a que o padecimento os arrasta. A dôr física, embora grande, não sobrepuja, por vezes, a dôr moral, principalmente nêstes doentes que, pelas intoxicações lentas mas duradoiras a que estão sujeitos, são no último período da sua doença uns inferiorizados mentais.



RÓMULO



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

\*1329666518\*

