

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

CONCURSO PARA A CADEIRA DE PATHOLOGIA EXTERNA

DAS FISTULAS PELVI-RECTAES SUPERIORES

THESE

APRESENTADA

PARA SER SUSTENTADA

NO DIA 3 DE AGOSTO DE 1874

PELO DOUTOR

Alexandre Affonso de Carvalho

OPPOSITOR

DA

SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS



BAHIA

TYPOGRAPHIA DO "DIARIO,"

5 — Largo do Theatro — 5

1874

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR

O EXM. SR. CONSELHEIRO DR. ANTONIO JANUARIO DE FARIA

VICE-DIRECTOR

O EXM. SR. CONSELHEIRO DR. VICENTE FERREIRA DE MAGALHÃES.

LENTES PROPRIETARIOS.

Os Srs. Doutores	1º anno	Materias que leccionão
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães	Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva	Chimica e Mineralogia.
Barão de Itapoan	Anatomia descriptiva.
	2º anno	
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Barão de Itapoan	Repetição de Anatomia descriptiva.
	3º anno	
Cons. Elias José Pedrosa	Anatomia geral e pathologica.
José de Goes Siqueira	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	Continuação de Physiologia.
	4º anno	
Demetrio Cyriaco Tourinho	Pathologia externa.
Cons. Mathias Moreira Sampaio	Pathologia interna.
	.	Partos, molestias de mulheres peçadas e de meninos recém-nascidos.
	5º anno	
Demetrio Cyriaco Tourinho	Continuação de Pathologia interna.
Luiz Alvares dos Santos	Materia medica e therapeutica.
José Antonio de Freitas	Anatomia topographica, Medicina operatoria e appparelhos.
	6º anno	
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene e Historia da Medicina.
José Affonso Paraizo de Moura	Clínica externa do 3.º e 4.º anno.
Cons. Antonio Januario de Faria	Clínica interna do 5.º e 6.º anno.
	OPPOSITORES	
Augusto Gonsalves Martins	} Secção Cirurgica.
Domingos Carlos da Silva	
Antonio Pacifico Pereira	
Alexandre Affonso de Carvalho	
José Pedro de Souza Braga	} Secção Accessoria.
Ignacio José da Cunha	
Pedro Ribeiro de Araujo	
José Ignacio de Barros Pimentel	
Virgilio Climaco Damazio	} Secção Medica.
José Alves de Mello	
Claudemiro Augusto de Moraes Caldas	
Egas Carlos Moniz Sodré de Aragão	
Pamiro Affonso Monteiro	
Manoel Joaquim Saraiva	
José Luiz de Almeida Couto	

SECRETARIO

O SR. DR. CINCINNATO PINTO DA SILVA.

OFFICIAL DA SECRETARIA

O SR. DR. THOMAZ DE AQUINO GASPAR.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.

DAS FISTULAS PELVI-RECTAES SUPERIORES

SEGUNDO as ultimas e mais seguras observações podem se definir as fistulas pelvi-rectaes superiores uma variedade de fistulas no anus mui profundas, que, passando por fóra da espessura das paredes do recto, terminão no espaço pelvi-rectal superior.

Nenhum tratado de cirurgia se occupou ainda expressamente desta especialidade de fistulas, e de fazer a sua distincção: todos as tem confundido na classe geral das que profundamente atacão o anus, entretanto que ellas possuem caracteres particulares seus, hoje verificados, que as collocão fóra de todas as outras, constituindo uma classe differente, até pela gravidade do mal, e fataes resultados que quasi sempre tem produzido, taes que os antigos proscrevião do tratamento destas fistulas as operações chirurgicas, receiando as hemorragias.

Os mais antigos cirurgiões forão concordes em admittir que o orificio rectal das fistulas tinha a sua séde, ora perto, ora distante do anus *.

Ribes apresentou-se, fundado nas suas proprias observações, feitas cuidadosamente sobre cadaveres, sustentando doutrina contraria, que o orificio interno das fistulas do anus se acharia sempre, ou quasi sempre, ácima do esphincter externo, e nunca excedendo de cinco á seis linhas **.

Larrey abraçou a theoria de Ribes, e ambos referião-se á Sabatier, como

* Dict., 30 v., t. 3; p. 319.

** Revue Medicale 1820 et Memoire de la Societé Medical d'emulation 1826.

o creador della, quando Plindoux affiançava ser de Prunel, que em 1783 já a sustentava com todo o afan *.

Ribes, apezar da opinião que admittia, não deixava de reconhecer a existencia das fistulas profundas; tanto que, referindo-se ao processo operatorio seguido por Sabatier, seu mestre, exprime-se nestes termos: « Je ne voyais pas comment il pourrait opérer, avec ces deux instruments, une fistule, lorsqu'il n'en rencontrerait pas l'ouverture interne, que cet orifice serait au-dessus de la portée du doigt, ou que l'intestin serait dénudé très-haut et dans une grande étendue **.

Bom como
fistula ou
um abcesso
q' congesta
e fistulas e
um canal
estrito, alho
gado, tubu-
lar, e infor-
mal, q' ouve
de caso o
que ou um
produzido phy-
siologas.

Tratando dos abcessos anomaos, apresenta elle a observação de uma fistula pelvi-rectal superior em consequencia de uma carie, que na sua obra *Memoires d'Anatomie* vem com o titulo de abcesso symptomatico.

Eis a observação: « Un militaire, âgé de trente ans, languissait depuis plusieurs années, souffrant des douleurs intolérables dans la région des lombes, principalement du côté droit.

« Il n'y avait ni rougeur ni gonflement à la partie, et même si l'on touchait le lieu affecté, les douleurs n'en étaient pas augmentées; mais le malade ne pouvait se mouvoir, surtout en certains temps, sans en ressentir de très-vives. Ce militaire avait d'ailleurs assez bon appétit; son teint n'était pas trop décoloré. Les souffrances qu'il éprouvait le firent tomber dans la tristesse, la melancolie et l'amaigrissement.

On n'avait qu'une idée vague de la nature du mal, lorsqu'un jour il s'aperçut qu'il avait une grosseur sur la moitié droit de la marge de l'anus et du périnée. On examina cette tumeur; on la trouva molle, fluctuante dans toutes ses parties, et absolument indolente.

Les douleurs des lombes étaient tellement diminuées, que le malade n'y faisait plus attention et se croyait à la veille de sa guérison. Le refus qu'on lui fit d'ouvrir ce dépôt, l'inquieta un peu; mais trois semaines ou un mois après son apparition, l'abcès s'ouvrit spontanément, et le pus s'écoula en grande quantité. On examina la partie; on la trouva affaissée et percée, à un pouce environ de la marge de l'anus, d'une ouverture circulaire, comme si elle avait été faite par un coup de trocart. La peau, autour de cette ouverture, n'était ni rouge, ni animée: mais, au bout de quelque temps, la circonférence du dépôt prit de la dureté, la suppuration diminua, sans tarir complètement, et quoiqu'on dût avoir la presque certitude que l'ou-

* Velpeau *Medicine operatorie*, t. 4^o, p. 786.

** Ribes *Mémoires d'anatomie*, t. 2., p. 3.

Abcesso q' congesta e q' são devidos a um
apressão do tubo e de manifestando em um
ponto m' ou mesmo distante de seu origem.

verture ne communiquait pas avec l'intestin, on prétendit cependant qu'il y avait fistule à l'anus. En conséquence, on introduisit une sonde; on la dirigea vers le rectum, dans lequel on avait aussi introduit un doigt; mais on s'aperçut bientôt que la paroi de cet intestin, loin d'être perforée ou amincie, avait au contraire augmenté d'épaisseur, et l'on resta persuadé qu'il n'y avait point de fistule au rectum, et que le siège du mal se trouvait plus éloigné. On ne tarda pas à en être complètement convaincu; car le malade alla en amaigrissant, tomba dans le marasme et finit par mourir.

L'ouverture du corps fut faite; voici ce qu'on observa: La peau de toute la partie droit du périnée et d'une portion de la partie antérieure gauche était entièrement dénudée.

Le muscle releveur de l'anus était éraillé, et laissait passer la suppuration. Au-dessus de ce muscle se trouvait un foyer qui abreuvait le col de la vessie et la partie droit de l'intestin rectum, dont les parois étaient considérablement épaissies.

Une fusée suivait les vaisseaux hypogastriques, se continuait tout le long du bord interne du psoas, jusqu'à l'extrémité supérieure de ce muscle, et conduisait à une profonde carie qui avait détruit une portion du corps de la dernière vertèbre dorsale et de la première lombaire. La substance fibro-cartilagineuse placée entre ces deux vertèbres avait éprouvé très peu d'alteration ». (Observation recueillie à la clinique de Sabatier.) *

Sabatier, referindo-se às fistulas profundas do anus, exprime-se nos seguintes termos: « Si l'ouverture interne de la fistule était placée au-dessus de la portée du doigt, ce qui sans doute est extrêmement rare, car je ne l'ai jamais rencontrée à cette hauteur, il faudrait respecter ces sortes de fistules, et n'employer que de soins de propreté, parce qu'on ne pourrait alors operer qu'en exposant le malade à des hemorrhagies funestes **.

A opinião de Ribes, fundada sobre numerosos factos e dissecações cuidadosas, attraheu para logo a attenção dos observadores; mas Roux (Voyage à Londres, 1815, e Boyer, tomo 9, pag. 112) persistião em admittir as fistulas mui elevadas, ao passo que Richerand completamente acquiesceu ás novas idéas.

Hippocrates, no seu livro *De Fistulis*, fez menção das fistulas profundas.

* Ribes Mémoires d'anatomie, t. 2., p. 20.
** Ribes cit t. 2, p. 3.

Quel est le
pays ?
Quel est son
genre de
formation
de pus ?
Quel est son
dégât ?
Quel est son
marché de pus
dans différents
séjours ?

Celso tambem não deixou de fallar dellas, das de difficil curativo, e de muitas outras que considerava incuraveis. (Celso t. 5, cap. 28, § 12) *

Roche et Sanson (t. 5, pag. 205) dizem o seguinte: « La guérison des fistules, possible dans la plupart des cas, est impossible dans quelques autres, et chez certains sujets elle ne doit pas être tentée. Elles sont incurables quand leur orifice supérieur s'ouvre très haut dans l'intérieur du rectum, ce qui arrive quelque fois, quoique, suivant l'opinion de Ribes et Larrey, cet orifice s'ouvre le plus ordinairement très près du sphincter. »

Velpeau (Med. operat., t. 2, p. 791) aconselha que « si le releveur de l'anus a été franchi et que l'intestin soit largement disséqué hors de la portée du doigt, il est rare qu'on réussisse. Le plus sage alors est de s'en tenir aux moyens de propreté. »

« Guy de Chauliac, Paré, Fab. d'Aquapendente não tratarão deste objecto.

« Saviard (Recueil d'obs. chirurg Paris, 1702 obs 50), referindo-se á uma doente que lhe foi apresentada, para operar, relata a observação seguinte:

« Il s'agissait d'une demoiselle venue de Copenhague pour se faire opérer á Paris, comme á la source de la véritable chirurgie. Je sondai la fistule, dit Saviard, par plusieurs de ces ouvertures qui perçaient tout l'intestin, et une de ces sinuosités entre autres avait plus de quatre travers de doigt de profondeur. » Tout cela joint á l'état de la malade qui avait une fièvre lente et qui était d'une extreme maigreur, empêcha Saviard de tenter l'opération.

« D'autres médecins et chirurgiens y consentirent; l'opération fut longue, laborieuse et accompagnée d'une perte de sang considérable qui fut pourtant réprimée par l'eau styptique; « la pauvre malade mourut le jour suivant * * . »

Cruveilhier (Anatomie Pathologique, t. 2, p. 618) diz que as fistulas do anus tem muitas vezes origem não só da carie das vertebrae sacras, mas tambem da carie dos corpos das vertebrae lombares, e ainda das ultimas vertebrae dorsaes.

Muitos outros, como Ledran, Garengot e Morand aconselhão, que se não deve praticar a operação das fistulas, quando quer que ellas sejam muito profundas, e fóra do alcance do dedo, receiando a hemorrhagia * * *.

* Gerdy t. 2, p. 209.

** Pozzi—th. Paris 1873.

... Pozzi—th. p. 11.

Gerdy, temendo que o peritoneo fosse interessado, praticando-se a incisão das fistulas profundas, propoz o emprego do enterotomo de Dupuytren *.

Chassaignac, referindo-se ao tratamento das fistulas complicadas de vastos despegos na excavação pelviana e na região perineal, á que elle denomina *fistulas diverticulares*, publicou (Gazeta dos hospitaes 27 de Setembro de 1863,) o resultado das suas pesquisas; e, no seu *tratado de esmagamento linear*, vem commentadas todas as observações por elle colhidas á este respeito.

E' sua opinião que todas as fistulas do anus, por mais complicadas que sejam, podem ser operadas pelo esmagador linear, e que nenhum dos methodos operatorios conhecidos, offerecendo resultados tão satisfactorios, deve este ser preferido á qualquer outro.

Entre as observações por elle indicadas, parece, diz Pozzi, ser uma unica de fistula pelvi-rectal superior, cuja operação foi feita entretanto por instrumento cortante, ligando-se uma arteria que expellia muito sangue.

« Trelat publicou na Gazeta dos hospitaes de 1861, p. 109 a observação de um caso de fistula do anus acompanhada de um despego muito profundo da mucosa, em que applicou a operação pelo enterotomo, e o doente conseguiu restabelecer-se. (Veja-se a observação n. 11.)

« Verneuil communicou á sociedade de cirurgia em 30 de Outubro de 1861 (Gazeta dos hospitaes) um caso de uma fistula anal subindo á uma altura de mais de 45 centimetros, e para fóra da parede do recto e sobre a face lateral do intestino, em que elle applicou o esmagador linear, e o doente succumbiu. (Veja-se a observação n. 12.)

« Richet apresentou á sociedade de cirurgia (Gazeta dos hospitaes, em 1861), a observação de um abcesso do espaço pelvi-rectal superior—Fistula ano-perineal com despego profundo, em que elle fez a applicação do enterotomo, e o doente ficou são. (Veja-se a observação n. 13.) »**

Pozzi ultimamente em sua these apresentada em Março do anno passado á Faculdade de Paris foi o primeiro que tratou particularmente d'este assumpto, instituindo um trabalho todo original, auxiliado por grande numero de observações, parte por elle mesmo colhidas, e parte offerecidas por varios clinicos importantes. D'estas já mencionamos algumas que forão publicadas nas gazetas dos hospitaes, e as mais são as que se encontrão

* Dict encycl. de sc. med. t. 5, p. 484.

** Pozzi—th.

no fim d'este escripto, e cuja importancia dictou-me a obrigação de incluil-as para maior esclarecimento da parte historica.

Por ultimo, junto igualmente a observação feita em um dos nossos hospitaes por um dos mais habéis clinicos desta capital, lente d'esta illustrada Faculdade, o Dr. Freitas, mencionando o curso da molestia, o seu tratamento, e o feliz resultado obtido independente da intervenção dos meios operatorios.

Vê-se do exposto, que pouco se encontra nos livros antigos que dê esclarecimento sufficiente sobre o assumpto, podendo se dizer todo moderno e devido ás perseverantes observações destes ultimos tempos tendentes á especialisar, como convém, dentre as varias classes de fistulas ordinarias do anus, as mais profundas, accompanhadas de vastos despegos, as fistulas provenientes de lesões osseas, mais ou menos longiquas, e as fistulas pelvi-rectaes superiores, de que nos occupamos, que se distinguem sobre tudo por terminarem sempre acima do elevador do anus.

ANATOMIA PATHOLOGICA

Estando o espaço pelvi-rectal superior comprehendido no pavimento pelviano, é conveniente expôr algumas considerações geraes sobre a disposição que apresentam os diversos planos que entrão na contextura da região perineal posterior, conciliando, quanto possivel, a brevidade e a clareza indispensaveis em escriptos desta natureza.

A região perineal posterior apresentando uma forma triangular, cuja base se liga com a região perineal anterior, é mais ou menos excavada, e no centro desta escavação está situado o anus, orificio inferior do tubo digestivo, rodeado de dobras mais ou menos numerosas da pelle, de folliculos glandulares, pellos e varices hemorrhoidaes, principalmente para os velhos.

E' limitada na parte anterior pela linha bis-ischiatica, lateralmente pelas tuberosidades do ischion, pelo bordo inferior dos musculos grandes gluteos, e pelos grandes ligamentos sacro-ischiaticos: e na parte posterior pelos bordos lateraes e inferiores do sacro e pelo coccix.

Nesta região passa o recto.

Encontrão-se, partindo da superficie cutanea para a cavidade abdominal

a pelle, adherente ao redor do orificio anal; a camada subcutanea, dividida em duas folhas, uma superficial, outra profunda, que continuão com a camada subcutanea da região perineal anterior, com o tecido cellular da fossa ischio-rectal, ou espaço pelvi-rectal inferior, e com o tecido cellulogorduroso, que cobre as regiões gluteas, o sacro e o coccyx.

No meio desta camada está situado o musculo sphincter externo, que, nasce de cada lado da parte anterior de um raphe mediano, que se estende do anus ao coccyx. As suas fibras, logo depois da sua origem, crusão-se e abraçando a extremidade inferior do recto, dirigem-se para diante, alargando-se, e na parte anterior do intestino crusão-se de novo, e vão se inserir na parte media da aponevrose perineal superficial, e em outro raphe mediano, que se estende do recto ao bulbo da urethra e sobre a aponevrose media do perineu.

Abaixo desta camada descobre-se o musculo elevador do anus, e suas duas aponevroses, uma inferior cellulosa, a outra superior, denominada aponevrose superior do perineu. Tirada esta aponevrose, acha-se um tecido cellular frouxo, misturado com tecido adiposo, e finalmente o peritôneo.

Nesta região encontram-se as arterias hemorrhoidaes superiores, provenientes da mesenterica inferior, as arterias hemorrhoidaes medias, que partem da hypogastrica, as arterias hemorrhoidaes inferiores, que tirão a sua origem da pudenda interna, ramificações das arterias sacras media e lateraes, e as arterias pudendas internas, que estão situadas nos limites da região; veias numerosas, vasos lymphaticos, superficiaes e profundos, e nervos.

A aponevrose perineal superior, segundo Richet, e pelviana na opinião de Sappey, de quem extrahimos a descripção, é formada por quatro laminas lateraes principaes, que são as aponevroses dos musculos elevadores do anus e ischio-coccygianos; e por outras quatro accessorias: duas anteriores, que são as aponevroses dos musculos obturadores internos, que concorrem com mui pequena parte, e duas posteriores, muito estreitas fornecidas pelos musculos piramidaes. Estas laminas reunindo-se constituem uma só lamina, que se insere na parte inferior do corpo do pubis, e de seu ramo horisontal, abaixo da goteira sub-pubiana, onde forma uma arcada de concavidade superior, no estreito superior da bacia; na espinha sciatica, e na face anterior do sacrum e do cocyx, para dentro dos buracos sacros; de sorte que tanto na parte anterior, como na parte posterior, ella faz egualmente falta na linha media, sendo na parte anterior substituida pelos tendões das fibras longitudinaes anteriores da bexiga.

Para cima e para atraz ella forma uma segunda e larga arcada sob a qual passão o nervo lembo-sacro e os vasos iliacos internos.

Ao approximar-se do centro da excavação, a aponevrose se divide em duas folhas, uma superior, que vae perder-se nas paredes do recto, e a outra inferior situada entre o musculo elevador do anus e o recto, servindo de ponto de inserção á ambos; de maneira que ella não é perforada para a passagem do intestino.

Tendo em mira a disposição dos planos de que se compõe esta região, podemos considerá-la como constituida por dous cones, encostados um á outro por uma de suas faces; um inferior, o espaço pelvi-rectal inferior ou schio-rectal, e outro superior, o espaço pelvi-rectal superior.

O espaço ischio-rectal, achatado transversalmente, é dirigido de cima para baixo, e de diante para traz, e apresenta uma face externa constituida pela face interna do schion, e pelos os musculos obturadores internos, cuja aponevrose se desdobra para receber a arteria e os nervos pudendos internos. A parede interna é representada pelo musculo elevador do anus, e pela aponevrose inferior do mesmo musculo.

O angulo anterior resulta para cima e para diante da união das duas paredes, e para baixo é constituido pela aponevrose inferior do perineu, que cobre a face posterior do musculo transverso, sobre o qual forma um *cul-de-sac*.

O angulo posterior apresenta tambem un *cul-de-sac* acima do bordo inferior do grande gluteo.

O vertice resulta da união das duas paredes, e a base, coberta pela pelle, e pela camada subcutanea, é representada, pelos limites da região anal, excepto para dentro, onde está situado o recto, que separa os dous cones inferiores.

Nesta cavidade ha um tecido cellulo-gorduroso que continúa com a camada subcutanea; as arterias hemorrhoidaes inferiores, os ramos da arteria superficial do perineu, veias e nervos.

Como o conhecimento anatomico do espaço pelvi-rectal superior é aqui indispensavel, transcreveremos integralmente á tal respeito as proprias palavras de Richet.

« Cet espace, compris entre l'aponévrose supérieure du releveur, le péritoine, le rectum et les parois du bassin, a une étendue variable selon les sujets, et surtout suivant que le releveur est ou non relâché; il est aussi étendu que possible, lorsque le muscle est au repos.

Dans cet état, en effet, le releveur est appliqué dans sa moitié supérieure contre les parois ischiatiques, l'extrémité inférieure du rectum très-abaisée, et le sommet de l'infundibulum est aussi distant que possible du péritoine; tandis que, lors des contractions du muscle, l'entonnoir rectal s'efface et se rapproche du point où se réfléchit le péritoine. A sa partie antérieure, *l'espace pelvi-rectal* est beaucoup moins étendu que sur les côtés, et surtout en arrière, ce qui tient à deux causes: la première, à ce que le péritoine, qui s'est beaucoup abaissé au devant du rectum pour former le cul-de-sac recto-vésical, se relève insensiblement pour gagner le sacrum; la seconde, à ce que le plan formé par le releveur s'incline en sens inverse du premier, c'est-à-dire de la prostate au coccyx. C'est donc à peine si ces deux plans sont en avant séparés par un intervalle de quelques millimètres, tandis qu'ils sont distants en arrière de plusieurs centimètres. Un tissu cellulaire abondant, à mailles larges et assez lâches remplit tout cet espace et paraît destiné à favoriser les mouvements et l'ampliation du rectum: rarement il se charge de graisse. En avant et latéralement, ce tissu communique avec celui qui remplit les fosses iliaques et la région profonde de l'abdomen par l'intermédiaire de la couche cellulaire sous-péritonéale des parois pelviennes, et chez la femme il se continue avec celui du ligament large; en arrière, il fait suite à celui qu'on trouve dans le mésorectum et la concavité du sacrum, et communique avec la région fessière par l'échancrure sciatique. Il est traversé par les branches viscérales de l'artère et de la veine hypogastriques; le plexus sacré et les ganglions sacrés du grand sympathique appliqués contre le sacrum s'en trouvent recouverts.

« Chez l'homme, *l'espace pelvi-rectal supérieur* est séparé de la prostate, des vésicules séminales et du bas-fond de la vessie par la lame cellulofibreuse dite *prostato-péritonéale*. Chez la femme on peut dire qu'il n'existe pas antérieurement, puisque le rectum est appliqué sans intermédiaire sur la face postérieure du vagin. »

Nas fistulas pelvi-rectaes-superiores ha que notar-se, da mesma forma que nas fistulas ischio-anaes, uma dilatação ou fóco purulento, o trajecto, e um ou mais orificios.

A existencia constante d'esta dilatação póde ser demonstrada, não só pelo exame da fistula feito durante a vida do doente, como também pela autopsia.

Do estudo das observações vê-se que, pelo toque rectal, praticando-se

uma compressão sobre a superfície interna do recto no ponto correspondente ao foco, sahe uma quantidade consideravel de pús pelo orificio externo; e que, procedendo-se á uma nova investigação immediatamente, a quantidade de pús não corresponde á primeira.

Verneuil na sua observação faz notar que, explorando o trajecto da fistula, a sonda *paraissait à son extrémité se mouvoir aisément dans une cavité spacieuse*, o que foi confirmado claramente pela autopsia em que elle observou que « la nappe purulente est encore confinée à la face externe du rectum et ensemble arrêtée en bas par les insertions du releveur de l'anus. »

Ribes observou tambem, que no seu doente « le muscle releveur de l'anus était éraillé et laissait passer la suppuration. Au-dessus de ce muscle se trouvait un foyer que abreuvait le col de la vessie et la partie droite de l'intestin rectum, dont les parois étaient considérablement épaissies. »

Cruveilhier * referindo-se ás fistulas do anus fez notar que « ce trajet est quelquefois interrompu par les renflements ou arrières-cavités, ce qui suppose que le pus a éprouvé quelque difficulté à s'échapper au dehors: il arrive souvent (diz elle), que le trajet des fistules complètes présente à son extrémité supérieure un renflement ampullaire considérable qui résulte du décollement du rectum dans une plus ou moins grande étendue.

Chassaignac **, fazendo algumas considerações sobre a fórma que affectão as fistulas do anus, diz, que « as vezes a fistula é constituida por um trajecto mais ou menos sinuoso, tendo quasi sempre um *cul-de-sac* superior, e offerecendo sobre diversos pontos de sua longitudine anfractuosidades ou *chambrées* que lhe dão uma fórma ramosa ».

A presença desta dilatação, ou *arrière cavité*, é facil de comprehender-se, porque o pús pela sua demora mais ou menos prolongada no espaço pelvi-rectal superior, em consequencia dos obstaculos que encontra á sua sahida, irrita os tecidos visinhos, e dá logar a formação de uma cavidade irregular, mais ou menos extensa, de paredes espessas e resistentes, affectando fórmas as mais variadas, que de cavidade parece ter somente o nome.

A espessura e a resistencia das paredes do foco forão explicadas por Marvidès na sua memoria sobre as fistulas, coròada pela Academia Real de Cirurgia, do modo seguinte :

« La cause la plus fréquente, dit-il, est la rétention du pus qui, ne pou-

* Cruveilhier — Anatomie pathologique, pag. 624.

** Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, pag. 479.

vant être évacué commodément dégénère par son séjour dans l'ulcère, s'atténue, devient âcre et ronge le tissu cellulaire. Le pus se creuse ainsi des clapiers dans l'interstice des parties, la circonférence des sinus où le pus séjourne s'enflammant sourdement par une légère phlogose, et cet engorgement inflammatoire, quelque léger qu'il soit, ne pouvant ni suppurer, ni se résoudre à raison de la présence constante des causes qui l'ont produite, se termine par induration. De là viennent les duretés et les callosités qui s'étendent à la longue par l'abord de nouveaux sucs qui séjournent dans les parties ou ils trouvent obstacle à la circulation.» (Memoires sur le prix de l'Academie de Chirurg., t. 4^o, 1^a partie, Memoire de Marvidès sur les fistules, pag. 56.) *

O trajecto affecta diversas direcções; ora é parallelo ao recto, ora sinuoso, formando angulos; umas vezes é simples, outras vezes, como se pôde ver nas observações, apresenta prolongamentos, ou despegos para as nadegas ou para o perineu: pelo que Chassaignac denominou fistulas *diverticulares*.

A's vezes observa-se um prolongamento com direcção para uma superficie ossea, quando a fistula é o resultado da affecção de um osso, como uma carie. Em geral tem uma extensão de 6 á 15 centímetros, e vem a abrir-se ordinariamente aos lados do anus, na face interna das nadegas, umas vezes por diante, outras vezes por detraz, na distancia de 2 á 6 centímetros do anus.

São em geral consideradas como cegas externas, por não se ter ainda descoberto o orificio interno, com quanto Richet ** diga ter observado uma vez.

O trajecto destas fistulas está situado para fóra da espessura da parede do recto, de cuja concavidade é separado por um septo bastante espesso, o que se pôde perfeitamente apreciar, não só pelos resultados obtidos pela autopsia, como se deduz da leitura das observações; mas tambem, combinando-se sobre o homem vivo, o toque rectal com a exploração da fistula.

Esta espessura ás vezes é tão consideravel, que com o dedo introduzido no recto chega-se, mas com difficuldade á perceber a presença do estylete ordinario na fistula.

Verneuil attribue esta espessura do intestino á infiltração purulenta que tem a sua séde para fóra do intestino entre a tunica muscular e a tunica

* Pozzi — These.

** Pozzi — These.

peritoneal. E' um verdadeiro phleimão diffuso do tecido cellular perirectal.»

Pozzi * ; referindo-se a uma preparação anatomico-pathologica que apresentou em 1869, á Sociedade Anatomica, declara que, com quanto fosse ella de uma fistula ordinaria do anus, pôde dar desta disposição uma boa idéa.

O trajecto principal tinha uma direcção horisontal, e terminava debaixo da pelle da nadega em sinuosidades á semelhança de uma rede.

« Todos estes conductos estavam englobados em uma especie de massa endurecida, formando um tumor do volume de um punho: datava de quatro dias. Este tumor foi tirado pelo bisturi, o que permittiu estudar todas as lesões da fistula do anus.»

Eis o resultado dos exames histologicos feitos por elle, auxiliado por Ch. Legros, sobre o trajecto da fistula: « je l'ai trouvée composée de deux parties distinctes aussi bien par leur aspect que par leur structure. Un peu plus de la moitié du trajet (3 centimètres et demi) à partir de l'orifice interne situé à 2 centimètres de l'anus, est blanche, lisse, et présente parfaitement l'aspect d'une muqueuse; on peut en la voyant comprendre l'hipothèse de Ribes, qui plaçait le trajet dans l'intérieur d'une veine. La seconde partie du trajet principal et les trajets secondaires sillonnant la tumeur sont, au contraire, rosés, villeux et d'un calibre irrégulier. Au microscope on voit qu'ils sont tapissés de fongosités.

« La première partie offre une structure bien plus complexe. En ce point, sur une coupe des parois de la fistule, on trouve du tissu dermo-papillaire recouvert d'une couche épithéliale stratifiée.

« L'épithélium représente exactement celui qui l'on trouve sur la peau; on y distingue la même disposition des diverses couches: la couche de Malpighi, avec ses petites cellules prismatiques, au-dessus les cellules polygonales, puis des cellules de plus en plus aplaties, enfin une véritable couche cornée.

« La surface du revêtement épithélial est à peu près lisse, elle ne présente pas de saillies correspondant aux papilles, de sorte que ces dernières restent enfouies au milieu des cellules épithéliales.

« Le tissu dermo-papillaire, dépoillé du revêtement épithélial, est constitué par des papilles dans les quelles on n'aperçoit que de la substance

amorphe, des noyaux et des vaisseaux, et par une couche dermique épaisse formée du tissu lamineux fasciculé; les faisceaux du tissu lamineux sont rares et minces dans le voisinage des papilles; en s'éloignant de celles-ci, ils deviennent plus nets et s'entrecroisent en tous sens. Il a été impossible de constater dans ce derme de nouvelle formation, ni fibres élastiques, ni glandes, ni follicules pileux. Le réseau vasculaire est d'une grande richesse.

« L'induration était due à une hypertrophie considérable du tissu lamineux dont les faisceaux entrecroisés étaient pauvres en fibres élastiques. Une assez grande quantité de vaisseaux de nouvelle formation se montraient au microscope dans ce tissu qui examiné à l'œil nu, en paraissait presque dépourvu.

« Notons en outre, que de nombreux leucocytes se voient entre les mailles du tissu lamineux. »

Cruveilhier * conta, que Dupuytren, tendo feito a operação de uma fistula ordinaria do anus, rodeada de callosidades e levado pela semelhança que havia entre uma membrana mucosa e o trajecto da fistula, de liso e tão bem organizado, que era, « dizia »; que se se tivesse dissecado uma porção para comparar com a membrana do intestino, o olho o mais exercitado não descobriria nenhuma differença. Esta nota, dizia elle, pôde applicar-se á todas as fistulas.»

Como auxiliar ao estudo histologico das fistulas, julgamos conveniente transcrever a nota que J.-Renaut dirigiu á Pozzi, exprimindo-se nos seguintes termos: « Sur de pareilles préparations on voit que les papilles sont formées de tissu conjonctif jeune renfermant un grand nombre de cellules embryonnaires disposées au milieu de fibrilles qui se dirigent vers la coupe muqueuse de Malpighi, entre les cellules cylindriques duquel elles pénètrent manifestement; á la base des papilles, les fibres conjonctives sont plus épaisses et forment des tourbillons autour des vaisseaux. Ceux-ci viennent des parties profondes du derme et se recourbent en anses au sommet des papilles.

Les papilles sont recouvertes d'une couche de cellules cylindriques pigmentées, exactement comme sur la peau; l'épiderme offre au-dessus de cette couche, et également comme dans le peau, 1° des lits de cellules stratifiées crénelées et engrenées les unes avec les autres par leurs fines dentelures, 2° la couche intermédiaire granuleuse, 3° enfin les couches

* Anatomie Pathologique, pag. 628.

cornées les plus superficielles formées de lits de cellules aplaties et stratifiées.

Immédiatement au-dessous de la couche de papilles le tissu conjonctif au lieu d'offrir les intermédiaires entre le tissu embryonnaire de la papille et le tissu conjonctif lâche, prend immédiatement le caractère de ce dernier.

De là une certaine mobilité du revêtement sur les couches profondes.»

Fazendo applicação dos resultados colhidos por Pozzi e J. Renaut nas fistulas anaes ordinarias ás fistulas pelvi-rectaes superiores, basta, como diz o mesmo Pozzi, para fazer-se justa idéa da anatomia pathologica destas fistulas mudar a direcção do seu trajecto, de horisontal para vertical, de maneira que, atravessando o musculo elevador do anus venha o tumor de conductos irregulares, cavado de sinuosidades a ficar acima delle. Encontra-se, como elle disse, referindo-se ás fistulas ischio-rectaes, uma grande parte do trajecto constituida por uma membrana dermo-papillar de nova formação, destituída de elementos elasticos, glandulas, e folliculos pilosos, que não é uma simples depressão ou prolongamento da pelle, mas sim uma *neoplasia* influenciada pela *lei de analogia de formação* de Vogel, ou pela *influencia da região*, segundo Broca, sem que chegasse a produzir um tecido identico ao tegumento da margem do anus.

*Pretese explicar a
nova formação
dos tecidos com
a theoria admittida de Vogel em 1812? (Vide Broca, page 89)*

ETIOLOGIA

As causas das fistulas pelvi-rectaes superiores são de muitas especies, umas predisponentes, resultantes da estrutura anatomica das partes e outras occasionaes.

Os habitos, o regimen, a profissão não lhe são extranhas. Dentre as causas predisponentes, dependentes da propria organização da região anal, achão-se a grande quantidade de tecido cellular gorduroso que enche o espaço pelvi-rectal superior, a dificuldade da circulação nas veias hemorroidaes, a enorme distensão do intestino acima do anus, e por conseguinte o accumulo de materias fecaes.

Os individuos dominados pela intemperança, e que preferem os alimentos excessivamente temperados e irritantes, os que pela sua profissão são obrigados á uma vida sedentaria, que lhes não permite os exercicios assás uteis para o desenvolvimento e conservação das forças, e os que impruden-

temente se entregão aos gozos venereos, deixando se impregnar de virus siphilitico tem mais predisposição para as fistulas em geral e por tanto são mais sujeitos ao apparecimento das pelvi-rectaes superiores.

As mulheres entretanto, mesmo sob o dominio dessas causas, são muito menos accommettidas, do que os homens, o que na opinião de Gosselin se pôde explicar pela ausencia das vesiculas seminaes, que nos homens depois de uma blennorrhagia ficão affectadas, e são o ponto de partida da inflammação do tecido cellular, que as rodeia.

Quanto á idade, os moços e os adultos são infelizmente os mais feridos deste mal, de que estão como que isentos os meninos e os velhos.

As fistulas idiopathicas, isto é, as que não tem causas occasionaes apreciaveis, sendo o observador obrigado á attribuil-as á alguma causa interna desconhecida, são mui raras; pelo que escapão á um estudo por mais esforçado, visto que na pratica é mui difficil saber, si occorreu ou não alguma causa traumatica ignorada do enfermo e inapreciavel para o medico. Pódem apparecer, como outras muitas molestias, mas é quasi impossivel pronunciar sobre ellas opinião com seguridade no maior numero dos casos, que se offereção.

As fistulas symptomaticas ou consecutivas são as mais frequentes e certas: originando-se de lesões do recto, do anus ou das regiões circumvisinhas, germens numerosos e variados.

Na maioria dos casos tem se verificado como suas causas mais frequentes as lesões do recto, por exemplo uma rectite em consequencia de hemorroidas internas inflammadas, uma rectite parenchymatosa ou ulcerosa, uma phlegmasia do baixo fundo da bexiga, das vesiculas seminaes ou da prostata para o homem e da vagina na mulher, cuja inflammação propagando-se ao tecido cellular do espaço pelvi-rectal superior dá logar á um phleimão, que terminando pela suppuração, constitue um abscesso, origem quasi invariavel das fistulas do anus, que na linguagem de Chassaignac, « não são outra cousa senão o resultado de um abscesso, mal aberto pela natureza, ou pela arte.

O enfraquecimento em virtude de idade avançada, de pobreza da alimentação e por molestias prolongadas, que alterão profundamente a economia, como a phthisica pulmonar etc., pôde determinar o apparecimento de abscessos profundos na margem do anus, e por consequencia a manifestação de fistulas pelvi-rectaes superiores.

*Desde os tempos
longos do se-
culo 17 são con-
hecidas as causas
de fistulas?
Vid. pag. 28*

*Segundo os diff. causas: ou estretam^{to}, o corpo ectro-
phico (bomth ectro oem em 7 um oem ou uma sequencia phisica
ulcerosa a omover, produzida a fistula), a ulceração (m
dependencia (Pp.)*

Cruveilhier dizia : « que todas as fistulas que teve occasião de observar em phthisicos erão consecutivas á um abcesso phleimonoso.

« A theoria antes do que os factos parece ter-lhe feito admittir uma ulceração da mucosa intestinal como ponto de partida das fistulas para os phthisicos. »

Curling estabelecendo uma sympathia entre o pulmão e o recto, procurou explicar a manifestação dos abcessos por ulcerações tuberculosas; Gosselin diz, que o facto não é demonstrado pela observação, attendendo a que a presença de tuberculos no recto não tem sido ainda provada.

Outras vezes, porém, as fistulas são occasionadas por uma lesão ossea mais ou menos distante, situada sempre acima do musculo elevador do anus, provenientes, na maioria dos casos de uma quêda ou um traumatismo qualquer.

Opus achando-se encerrado em consequencia dos obstaculos, que por todos os lados encontra, irrita os tecidos visinhos, e procura, quasi sempre, um ponto em que, sendo a resistencia menor, possa pela irritação constante e pelo proprio peso estabelecer uma passagem através do musculo elevador do anus e da sua aponevrose, para descer ás margens do orificio do anus, abaixo da pelle, que se ulcera, e constituir uma fistula, communicando a superficie cutanea com a cavidade situada acima da aponevrose pelvi-rectal superior.

É raro, como diz Richet *, que o pus, accumulando-se aos lados do recto, possa perfurar a aponevrose perineal superior e o musculo elevador do anus para surgir no espaço ischio-rectal; que o mais frequente, é n'este caso, que a sahida se faça do lado do recto, da bexiga, e raras vezes da cavidade peritoneal; porém, se a suppuração continua para o lado do sacrum e do coccyx, como a resistencia ali é menor, a comunicação tornar-se-ha mais facil, como acontece nos abcessos por congestão, que se dirigem por diante da columna vertebral; e rarissimas vezes na direcção do nervo sciatico.

SYMPTOMATOLOGIA

As fistulas pelvi-rectaes-superiores são a consequencia de inflammações idiopaticas ou symptomaticas do tecido cellulo-gorduroso do espaço pelvi-rectal superior, ou de uma lesão ossea mais ou menos distante, situada acima do musculo elevador do anus.

* Richet — Anatomie medico-chirurgicale, pag. 605.

No primeiro caso os signaes precursôres das fistulas revestem-se algumas vezes de uma benignidade tal, que os indícios incompletos fornecidos pelos enfermos quasi nada induzem para o conhecimento do phleimão, que lhes deu origem; outras vezes apresentam phenomenos inflammatorios de grande intensidade; e é somente depois que o pus, tendo atravessado o musculo elevador do anus e a sua aponevrose, apparece no espaço pelvi-rectal inferior, e ali desenvolve um abcesso, de que os doentes se julgão alliviados, ignorando que a abertura deste abcesso ou pela natureza, ou pela mão do cirurgião, é a manifestação de uma fistula, que termina muitas vezes pelo deterioramento da sua economia. Si a fistula porém, depende de uma lesão ossea, ora os doentes nada sentem, ora accusão dores vagas, mais ou menos intensas, na parte correspondente ao ponto osseo lesado, que quasi nada esclarecem, até que, depois de longos soffrimentos, um tumor indolente, fluctuante vem a se manifestar nas margens do anus, e assignalar a natureza do mal.

«Convém, diz Pozzi, nunca olvidar as affecções osseas, de que pode provir o pus, tendo-as, quasi sempre como causa, desde que a fistula pelvi-rectal superior apparecer sob a condicção de falta de inflammação notavel, e tiver longa duração, produzindo no enfermo excessivo enfraquecimento sem relação ao escoamento do pus.»

Estas differenças, diz Chassaignac, denotão grãos differentes de irritabilidade da constituição, dando logar a que alguns individuos reajão com excesso de vigor contra a presença do pus, enquanto que outros supportão a pyogenia com uma tolerancia notavel.

Os signaes das fistulas pelvi-rectaes superiores são sensiveis e racionais. A presença de uma abertura mais ou menos estreita na região anal, situada ou no centro de uma depressão, ou no vertice, ou ao lado de uma saliência fungosa, dando passagem constantemente a pus, ora de bom character, ora sanioso e sanguinolento, faz crer a existencia de uma fistula; mas attendendo-se á abundancia de pus que se escoo incessantemente pela abertura cutanea da fistula, e não pelo recto, o que se pôde perfeitamente conhecer pelo exame directo da fistula; á marcha insidiosa do mal; aos signaes anamneticos fornecidos pelos doentes; ao estado de abatimento da economia em virtude do esgotamento constante do pus pela fistula, promovendo o apparecimento de certos estados pathologicos que se achavão, por assim dizer, incubados; ás perturbações que as vezes tem logar na micção da urina, que, como diz Duplay, referindo-se á um doente seu, erão

devidas a uma certa acção mecânica exercida sobre o collo da bexiga; todos estes signaes reunidos compellem a crêr, que não é de uma fistula anal ordinaria, mas sim de uma fistula pelvi-rectal superior, que se tem de tratar.

Os signaes sensiveis são os que demonstrão os caracteres peculiares á esta variedade de fistulas.

Collocando-se o enfermo em posição semelhante á da operação da talha, como aconselha Chassaignac, e introduzindo-se um estylête pela abertura da fistula, se obtém conhecimento mais ou menos exacto da extensão, ou da profundidade do trajecto; da sua direcção, dos despegos mais ou menos profundos, que tem logar para as bolsas, ou para o schion, em consequencia da demora mais ou menos prolongada do pus no espaço pelvi-rectal inferior, e da ausencia quasi constante do orificio interno.

Dizemos mais ou menos exacto, visto como condições imprevistas surgem ás vezes e não permitem que se possa logo attingir a toda longitudude do trajecto da fistula, como sejam bridas, dobras valvulares, segundo diz Velpeau; e somente depois de tel-as vencido é que se pôde chegar ao ponto desejado, e fazer uma idéa mais clara da origem do mal, como aconteceu á Duplay, que tendo a sonda já percorrido tres ou quatro centímetros de extensão, ficou impedida, e sorrente depois de reiteradas tentativas conseguiu descobrir uma superficie ossea desnudada.

Richet, em uma de suas observações, diz que o *trajecto fistuloso subia tão alto, que o estylête de um estojo ordinario não pode attingir os limites.*

Verneuil já não foi tão feliz nas suas tentativas como Duplay; porque, tendo apenas percorrido o estylête sete centímetros, pouco mais ou menos, pareceu-lhe que o estylête na extremidade movia-se em uma cavidade espacosa, e não pôde conseguir chegar aos limites do canal pelos obstaculos que encontrou, o que a autopsia demonstrou, pelo descobrimento de uma *nappe purulente* e de uma *brida ou inflexão do trajecto fistuloso, que tinha impedido o estylête de penetrar até o fundo do fóco, que era muito estreito na sua região elevada.*

O exame do recto, pelo toque, ou pelo especulo bivalve, deixa ver a presença de anfractuosidades e de dobras da mucosa, á imitação de valvulas, que imprimem ás materias fecaes na sua passagem fórmas diversas. O toque rectal indica a ausencia quasi constante do orificio interno da fistula, ou a sua situação em um ponto mais elevado, que o dedo do obser-

vador não pôde alcançar, e neste caso pode-se lançar mão do meio aconselhado por Paulo d'Egina — a injeccão.

E pelo toque que se consegue perceber o desenvolvimento exagerado da prostata, quando *ella tem intervindo na inflammação do tecido cellular pelvi-rectal superior*.

Comprimindo-se, como se disse, a superficie interna do recto no ponto correspondente á situação do fóco, apparece um escoamento abundante de pus, o que querendo praticar-se uma segunda vez immediatamente não se pôde conseguir, não deixando a compressão de ser dolorosa.

Pela combinação destes dous meios de investigação não só se chega a confirmação dos resultados fornecidos por cada um de per si; como também ao conhecimento exacto da direcção, que toma o trajecto da fistula em relação á do recto e da grande espessura dos tecidos, que os separão.

DIAGNOSTICO

Deixando de parte o prurido anal, que acompanha muitas vezes ás fistulas do anus, devido á passagem constante do pús pelo orificio, o qual Chassaignac diz ter sido confundido com uma affecção cutanea; e as fistulas urinarias, que, segundo Velpeau, se distinguem « pelo tuberculo rosado ou descorado, deprimido em *cul de poule*, que occulta o orificio, pela especie de corda fibrosa que se dirige do lado da bexiga ou da urethra, pela fluidez, pela côr, e pelo cheiro urinoso do liquido que sahe e porque não fornecem ordinariamente fluidos, senão no momento, em que a bexiga procura esvasiar-se e pela direcção do estilête, quando se examina a fistula »; limitamo-nos a fundamentar os caracteres pathognomicos desta variedade de fistulas, procurando distinguil-as das fistulas profundas complicadas de despegos, mais ou menos extensos.

As fistulas pelvi-rectaes-superiores tem a sua fonte no espaço pelvi-rectal-superior, ao passo que as fistulas anaes e rectaes tem como causa quasi constante um abcesso do espaço pelvi-rectal-inferior.

As primeiras tem uma direcção descendente; ao passo que as outras tem uma marcha ascendente, devida, segundo Velpeau, a que o pús da fistula ou as humidades do recto, estagnadas pelo esphincter interno e pelo externo, achão mais facilidade em refluir para cima entre as bainhas do conducto intestinal.

As fistulas pelvi-rectaes-superiores são mais frequentes no homem do que na mulher; e as inferiores accommettem indifferentemente aos individuos de um, ou outro sexo.

Nas fistulas pelvi-rectaes-superiores não se tem descoberto orificio interno: a sua existencia até hoje ha sido contestada: pelo que são geralmente consideradas cegas externas. Richey é o unico que diz ter observado em um doente a presença de um orificio interno, mas, não obstante, Pozzi sustenta a opinião, que esse orificio fôra produzido consecutivamente á fistula.

As fistulas pelvi-rectaes-inferiores podem ser cegas externas, cegas internas e completas, e o seu orificio interno é ordinariamente situado, segundo a opinião de Velpeau, entre os esphincteres, e ás vezes á alguma distancia acima delles.

Nas fistulas pelvi-rectaes superiores o trajecto fistuloso é separado do intestino por um septo de consideravel espessura em toda a sua altura, de maneira que sendo introduzido no trajecto da fistula um estylete ordinario custa ás vezes a ser sentido pelo dedo situado na cavidade do recto; entretanto que nas fistulas anaes ordinarias, embora complicadas de despegos profundos, a espessura do tecido é reduzida a uma membrana tão delgada, como na observação de Trelat, que sendo o dedo indicador collocado no recto e o medio no foco, os dous dedos estavão separados por um septo movel e fluctuante.»

O trajecto das fistulas pelvi-rectaes-superiores é variavel de 7 á 15 centimetros; ao passo que nas fistulas anaes o trajecto é ordinariamente muito mais curto: é verdade que uma ou outra vez o despego das membranas é tão extenso, que introduzido um estylete no trajecto da fistula, sobe a uma altura consideravel, como entre duas folhas de papel, segundo diz Velpeau, e pode attingir á 12 centimetros acima do orificio anal, como se vê na observação de Trelat, e ainda mais, como na observação de Gerdy, em que « uma sonda de mulher, de 15 centimetros de extensão não poudo chegar ao limite em consequencia talvez da espiral que o trajecto descrevia ao redor do recto.

Nas fistulas pelvi-rectaes-superiores ha sempre grande abundancia de pus, que se transborda logo, si o enfermo se alevanta e fica de pé, por que, como é natural, a bolsa ou foco se esvasia obrigada pelo proprio peso e relativamente menor, si elle conserva-se deitado; mas é sempre desproporcional ás dimensões do orificio externo.

Ver pag 23
e pag 28
Linné (Surgery of
the rectum, pag. 17) diz
ter observado fistulas
e anas com orificio
interno no recto -
2 pollegadas ou m^o 6
lentes de anas, etc.
3 pollegadas (fistulas)
pag. 226)

Ver pag 27 e 28
as fistulas pelvi-rectaes
nao são anaes?
e se refere a
fistulas anaes ou a
fistulas a outras?

Nas fistulas pelvi-rectaes-superiores, nas fistulas profundas, ainda com extensos despegos e em geral nas fistulas anaes ordinarias a quantidade do pus é menor em razão da situação do fóco, que naquellas é collocado acima da aponevrose perineal superior do anus, que, impedindo a sahida franca e livre do pus, determina a sua conservação e com ella o engrandecimento da cavidade, permittindo apenas que se escoe lentamente: motivo por que, dando-se a compressão jorra o pus em grande quantidade, por carecer de uma força expulsora que vença o obstaculo do musculo, que se lhe atravessa como uma barreira.

A compressão que nas fistulas ordinarias é quasi sem nenhuma dôr para o enfermo, é nas fistulas pelvi-rectaes-superiores muito penosa e dorida por essa mesma resistencia feita sobre os tecidos para produzir a sahida do pus através de um estreito meandro.

O pus é muitas vezes carregado de gazes que se introduzem no fóco, quando o recto está vazio, como diz Velpeau, ou que espontaneamente se desenvolvem pela estagnação no reservatorio, e exala cheiro fetido pela decomposição, ou pela approximação do fóco, ou sua contiguidade do recto.

É verdade que o mesmo phenomeno da impregnação de gazes e do grande fedor do pus se ha observado algumas vezes nas outras fistulas indistinctamente.

PROGNOSTICO

Si os abcessos profundos do anus devem ser considerados molestias graves, não somente pelo mal em si e pelos symptomas, que o acompanhão, mas tambem por suas consequencias, visto que dispõem para uma fistula extensa, que é quasi sempre a sua terminação, com fundamento muito maior o prognostico das fistulas pelvi-rectaes-superiores deve ser reputado mui grave, embora Ribes (Mem. d'Anat., pag. 45, tom. 2º) as qualificasse de molestia *pouco inquietadora*, ou mesmo *pouco importante* e a operação para sua cura *uma das mais simples da cirurgia*.

Basta reflectir no vasto fóco de suppuração constante, internamente estabelecido em uma distancia maior ou menor do seu orificio no recto; na pouca ou nenhuma tendencia das superficies desse orificio para se approximarem: nos perigos a que fica exposto o enfermo, de uma vasta suppuração, da septicemia: e no enfraquecimento geral, que progressivamente se lhe augmenta com o escoamento incessante do pus, o que pode terminar

revisão

See pag. 22

pela morte, para reconhecer, que são uma molestia mui grave e séria que exige assíduos cuidados e vigilancia do medico e do enfermo.

Velpeau considerava as fistulas do anus molestia simples, não perigosa (Medic. oper. pag. 790) e dizia que, mesmo as que teem um só orificio interno, ou externo, emfim as fistulas cegas, se extinguem por si mesmas de uma maneira feliz, ainda que Boyer affirmasse o contrario, affiançando como facto positivo, que as fistulas completas, as verdadeiras fistulas stercoreaes, desaparecem algumas vezes espontaneamente.

Felizmente accrescenta, que isto é inteiramente excepcional.

Entretanto Chassaignac (Dict. Enc. pag. 482) pondera que se esta illusão de cura espontanea das fistulas no anus não tivesse outra consequencia senão deixar subsistir esperanças vans, não haveria grande inconveniencia, mas é que a persistencia prolongada das fistulas acarreta complicações, como abcessos repetidos e despegos mais ou menos serpiginosos, que tem algumas vezes consequencias funestas. A existencia de fistulas, accrescenta este, mesmo aparentemente as mais inoffensivas, exerce funesta influencia sobre a nutrição geral, e nunca é de mais despertar a attenção dos medicos, e dos enfermos sobre o inconveniente, muito maior do que se pensa, de deixar subsistir em um ponto qualquer da economia receptaculos purulentos, que em um momento dado, e sob influencias imprevistas pôdem ser origem de accidentes fataes, como a erysipela, e a septicemia.

A gravidade desta molestia não é só pelos obstaculos ao escoamento, mas tambem pelas difficuldades da operação, e receio de más consequencias; razão por que os antigos cirurgiões, preocupados com o temor das hemorragias não tratavão das fistulas profundas senão para banir as operações, sempre que, no resultado da pratica, geralmente recebida, o trajecto dellas ia além do alcance do dedo indicador. (Ribes Mem. da Anat. pag. 3ª, tom. 2º. Velpeau Medec. oper. tom. 4º, pag. 791).

TRATAMENTO

Antes de começar o tratamento de uma fistula no anus cumpre que o clinico com o maior escrupulo possivel verifique por uma investigação minuciosa a sua origem, especie, estado, e ramificações para acertadamente qualificar-a e escolher, segundo a necessidade dentre os meios indicados, qual o que convenha applicar-lhe para seu prompto curativo.

Desta verificação prévia depende exclusivamente o bom resultado de seus esforços, devendo ter em vista que são condições essenciaes evitar as hemorragias, as lesões possíveis do peritoneo, e dar livre, immediata e completa sahida ao pus, que exista impedido no fóco, ou demorado no canal em razão das sinuosidades que descreva ou diverticulações creadas.

Tem sido applicados diversos meios therapeuticos e cirurgicos, que são os cauterios, a ligadura, a compressão, as injecções, a incisão simples, o descascamento (*décortication*) do trajecto fistuloso, immediatamente seguido da reunião por costura, a excisão ou ablação, o esmagamento linear e a enterotomia pelo enterotomo de Dupuytren, com as modificações ultimas de Richet.

Destes alguns já tem sido abandonados por inefficazes, figurando apenas, segundo a expressão de Bichat, na historia dos nossos erros, e outros são conservados e usados, disputando, conforme os resultados, a preferencia e supremacia.

Se houvesse sempre da parte dos enfermos o cuidado de procurar o medico desde os primeiros indicios da molestia, quando apparecem as dores vagas, e vai despontando a ampôlla terminal de cujo seio se tem de formar o orificio da fistula, prevenir-se-hião muitas vezes os funestos effeitos que tem cercado esta molestia de um receio tal, a ser para o vulgo considerada incuravel, e de curativo mesmo pernicioso por dar nascimento á molestias internãs com o fechamento de um escoadouro certo e chronico dos humores.

Se assim acontecesse, applicando-se logo no tratamento do phleimão os meios therapeuticos melhor aconselhados para limitar-lhe a extensão ou apressar-lhe a maturidade e supuração, sem causar grandes estragos, com a maior brevidade e pratica a incisão larga do abcesso para dar-se rapida sahida ao pus, não se evitarião por certo as fistulas, porque já estão formadas desde que despertou a ampôlla terminal, mas obviar-se-hião alguns de seus principaes e mais perigosos estragos provenientes da abundancia, estagnação e decomposição do pus, como sejião o alargamento do fóco, e as diverticulações ou irradiações, em as quaes uma só fistula se converte para bem dizer em tantas outras, quantas são as sahidas que o pus procurou serpeando por onde se lhe offereceu menor resistencia.

Conhecida uma fistula pelvi-rectal superior, deve-se logo fazer a operação? Deve-se fazel-a completa, ou por partes, tentando algum outro meio?

Dos meios cirurgicos mais aconselhados e em uso qual deve ser o preferido?

Entendemos que em regra immediatamente deve se praticar a operação, jamais adial-a, porque a continuação do pus incessantemente á deluir não só diminue as forças do enfermo, por mais vigoroso que se ostente, mas tambem vai formando no canal novos e mais extensos despegos, mais fataes, ulcerando-o em um ou outro ponto de sua extensão, e dificultando a operação mais tarde, além dos incidentes, que já notamos em outro lugar, e que a sollicitude do medico cumpre evitar.

Ainda mesmo nos enfermos que por nimia confiança em sua robustez, ou por temor, ou por descuido tenham deixado persistir a fistula por muito tempo, tornando-a chronica, ou que pelo escoamento do pus, ou por molestias anteriores ou actuaes estejam com as forças alquebradas, e em estado de debilidade conhecida, a operação é bem cabida e necessaria, logo que elle entra sob a inspecção do facultativo, confirmando-se pela pratica, como diz Chassaigne, que nenhuma consequencia funesta se apresenta imputavel á operação. E' verdade que algumas medicos e cirurgiões opinão que se póde adiar a operação sem temer outras consequencias além dos inconvenientes e incommodos inherentes á existencia local da fistula, e que em certos individuos, como os tuberculosos, a fistula deve ser conservada como util auxiliar contra os progressos da tuberculisação, chegando até a abrir fonticulos nos enfermos para entreter uma suppuração que lhes parece vantajosa dirivação, como um revulsivo ou exutorio.

Basta ponderar sobre os grandes estragos que produz na excavação da bacia uma fistula conservada por muito tempo, a qual, por ser chronica, não fica estacionaria, para concluir que mesmo nos tuberculosos é indispensavel a operação, para se lhe arrancar uma molestia, que aggrava a phthysica, e lhe apressa a terminação fatal, por quanto, se o enfraquecimento é uma das principaes predisposições para essa terrivel molestia, e para aggravar a situação dos enfermos, é claro que a operação feita opportunamente, extinguindo a fistula, isto é, supprimindo um fóco de dores e de suppuração, e um escoadouro incessante de forças não póde deixar de ser mui util para o tuberculoso, economisando-lhe as forças que possui para resistir somente a uma molestia, e não á duas, como até antes da operação.

Se lhe não praticarem a operação em tempo, se a deixarem para muito tarde, quando ao mesmo tempo a phthysica se achar em seus ultimos periodos de dominio, e a fistula tenha produzido muitos estragos, por certo

que a operação será contra-indicada, e será prudente não expôr o enfermo, cuja existência está contada, ás dores e aos incommodos da operação tanto mais dolorosa, quanto maiores os estragos feitos.

Todos os remedios por mais efficazes teem oppor-tunidade; fóra della não em balde applicados: o mesmo se dá com as operações.

Verdade é que Verneuil, em uma de suas licções em 23 de Janeiro do corrente anno, por occasião de praticar perante grande auditorio no Hospital de la Pitié á Paris a operação de uma fistula do anus pelvi-rectal superior proveniente de carie do osso illiaco, em um individuo que soffria de tuberculos pulmonares, disse que se a phthisica é posterior, se é o resultado do apparecimento de uma fistula ossifluente, não ha razão para negar-se a operação, que pôde ser de grande vantagem por destruir a causa, impedindo assim a marcha da tuberculisação: se porém, é anterior a fistula, não convém a operação. Não obstante elle a realisou como já Richet a havia praticado em outro tuberculoso em 10 de Dezembro de 1872 obtendo ambos cura completa das fistulas.

Continuando a licção, accrescentou, que os enfermos atacados de carie no osso illiaco quasi sempre succumbem em razão de que o pus, introduzindo-se entre os musculos das nadegas, fórma tumores e manifesta-se a febre ethica, o que affirmára, porque nunca vio um só caso de cura, ainda mesmo empregando o cauterio.

Com o que se mostrava quão necessaria era a operação em tempo para evitar o grande mal indicado.

Em outra licção, em 29 de Novembro do anno passado, tendo de praticar no mesmo Hospital a operação de uma fistula do anus, pelvi-rectal superior, produzida por carie do coccyx, em um individuo de 50 annos, que tinha soffrido queda sobre as nadegas, e tendo sido operado, e não ficando radicalmente curado, soffrera nova queda, e se manifestarão outras fistulas, mostrou que era indispensavel a operação, extrahio o coccyx, e teve feliz resultado.

Ha uma variedade, disse elle, de fistulas do anus succedendo a uma inflammação franca, um abcesso pheimonoso: ha outra em que as fistulas succedem igualmente a um abcesso, porém não obstante a operação, não cicatrizo como as outras, e quando chegam a cicatrizar, fica no centro uma depressão, uma pequena abertura, communicando com a cavidade, o que se denomina tendencia a recahir de fistula. Neste caso é preciso investigar as causas, para conhecer o que é que impossibilita a cura. Com effeito ha

Id. pag. 2202

caso de perfuração do recto
de um abscesso

Id. pag. 17.
caso de um abscesso
cego ou completo?
Se são completos
relat. em contradição
com a pag. 22
de um abscesso
de formação
de dentro?

fistulas, que dependem do estreitamento do recto e outras ossifluentes : naquellas é preciso tratar do estreitamento, e nestas, como no enfermo indicado, em que havia uma carie do coccyx, é preciso extrahil-o, e fazer a cauterisação posterior.

Ha casos em que as fistulas espontaneamente ou pela applicação de medicamentos, cicatrisão e desaparecem julgando-se por isso dispensavel a operação, mas muita differença ha entre a cicatrisão externa, que se pôde obter facilmente, e a cura completa da fistula ; por isso que tempos depois voltão e periodicamente perseguem o enfermo.

Id. pag. 22, 24.

De todo o exposto concluimos, que todas as fistulas do anus e principalmente as pelvi-rectaes superiores, as mais importantes dellas, devem ser operadas e o mais cedo possivel, salvas as excepções indicadas em razão do estado do enfermo.

Outrosim a operação deve ser completa, livrando o enfermo de uma repetição, ordinariamente mais dolorosa, do que a operação, sem haver motivo rasoavel, que justifique a divisão por partes, ou a esperança de curativo por uma simples incisão até o alcance do dedo indicador do medico. Esta operação incompleta, embora preconizada por Pott (Ob. chirurg), está hoje repellida por ter mostrado a experiencia, conforme diz Pozzi (na sua these citada) que nenhum resultado se obtinha com ella.

As operações principaes são a incisão, o esmagamento linear, a cauterisação galvanica e a enterotomia de Dupuytren.

Preferimos para a maioria dos casos a operação pelo enterotomo com os ultimos melhoramentos introduzidos pelo professor Richet.

A incisão além de ser perigosa em geral, porque expõe a hemorragias abundantes, á phlebite, á septicemia, á peritonite, e principalmente á erysipela, particularmente nas fistulas pelvi-rectaes superiores ella não deve ser applicada, senão em algum caso excepcional, como diz Pozzi, porque corre-se o risco de ferir os grandes vasos, que se estendem sobre as paredes lateraes e anterior do recto, e de fazer alguma lesão no peritoneo, que desce sobre ellas e tudo isto quando é necessario abrir por uma perda de substancia uma larga sahida aos liquidos, que se reúnem no fundo do trajecto.

que vasos?
em que altura
há-se um a lesão
do peritoneo?
leg. Lappin
de 6 centimetros e seg. Richet a 10 centimetros. rel. a qual de
dal peritoneo

O esmagamento linear, tão exaltado por Chassaignac como o melhor de todos os methodos de curativo para as fistulas, não preenche para as de que tratamos o fim desejado ; produzindo, diz Richet, uma ferida linear,

de 6 centimetros e seg. Richet a 10 centimetros. rel. a qual de dal peritoneo

as bordas tendem a cicatrizar promptamente, deixa persistir a fistula por não dar prompta e inteira sahida aos liquidos.

Se em verdade evita as hemorragias, não dá certesa contra a peritonite nos casos em que se a deve receiar, e não satisfaz á outra conducção, já indicada, e essencial, do escoamento do pus por praticar apenas uma ferida muito estreita.

A cauterisação pelo galvano-cauterio tambem tem sido sem resultado em sua applicação ás fistulas pelvi-rectaes superiores; é acompanhada dos mesmos defeitos do esmagamento linear, além dos inconvenientes geraes das cauterisações, aggravando a molestia primitiva. Ordinariamente as fistulas assim operadas ficão como estacionarias, enquanto são recentes os effeitos da cauterisação; logo que elles vão cessando e a propria fistula se recomeça em parte de os apagar, visto que o fóco interno não se extinguiu, ella volta como d'antes, tendo talvez causado maior estrago pelas excavações durante o seu apparente quietismo.

Gerdy foi o primeiro que applicou o enterotomo de Dupuytren ao tratamento das fistulas do anus, complicadas de despegos profundos, para evitar as lesões do peritoneo, dando peso ao que até hoje alguns medicos e cirurgiões ainda reputão, como Chassaignac, temores theoricos.

Com quanto a applicação deste instrumento seja muito dolorosa, devendo necessariamente ser o enfermo chloroformisado para supportal-a, ferçoso é confessar que nenhum preenche tão perfeitamente as condições essenciaes da operação, e pelos numerosos resultados favoraveis que tem tido, pode-se dizer com Pozzi, que o tratamento por este methodo é o unico racional, e sobre cujo emprego não se deve hesitar, desde que se verificar a existencia de uma fistula pelvi-rectal superior.

Simple como era a principio este instrumento, razão tinha Chassaignac de reputar improprio para o tratamento das fistulas; mas Richet reformou-o, introduzindo-lhe notaveis melhoramentos que o aperfeiçoarão á ponto de desaparecerem todos os motivos de repulsa, que aquelle illustre cirurgião indicava.

Com effeito a pressão, que era necessario, que fosse exercida egualmente e ao mesmo tempo sobre toda a extensão do septo, ficava incompleta, prendendo apenas o instrumento de modo satisfactorio as partes collocadas entre os mordentes na aproximação de sua articulação, e deixando as distantes mal apertadas, relativamente frouxas, de sorte que acontecia na queda do instrumento que o ponto mais difficil do trajeto fistuloso á que

Qual é a ferida
que tende a cicatrizar
sem que se possa fazer
plano no do arno
gado (p. conduta) ou
na interstício (p.
circula)?

justamente se pretendia chegar, era o que menos tinha participado da operação, não porque o instrumento não o alcançasse, mas por falta de força em toda a sua extensão para exercer igual pressão para a mortificação.

O enterotomo assim reconstruido com ramos paralelos conseguiu logo, como se vê da observação 6^a, grande successo no tratamento das fistulas, exercendo por igual a constrição em toda a extensão de seus ramos.

Richet recommenda como necessario proceder antes da introdução do instrumento á rectificação do trajecto fistuloso, para evitar as sinuosidades e attingir mais brevemente ao fóco.

A operação, segundo Pozzi, pôde dividir-se em quatro tempos.

1^o, *rectificação do trajecto*. — Introduz-se no trajecto, o mais longe que é possível, uma sonda *cannelée*, e sobre ella faz-se passar um bisturi abotoado, tendo o gume voltado para a parte posterior. A escolha desta direcção tem por fim evitar os vasos e incisar a parte posterior do trajecto, que escapa á acção do enterotomo.

2^o — Introducção do ramo macho no trajecto, guiado pelo index esquerdo collocado no recto, e depois confiado á um ajudante.

3^o — Introducção do ramo femea no recto.

4^o — Approximação dos dous ramos por meio dos parafusos.

Assim applicado, deixa-se ficar no mesmo logar, envolvendo-se a parte que ficou fóra do intestino em camadas de fio, e sustentando-o com uma atadura em fórma de — T — para não incomodar muito o doente.

A applicação do enterotomo não impede a desecação, que é apenas dolorosa nos dous primeiros dias.

A cicatrisação tem logar por segunda intenção.

As suas consequencias são geralmente livres de accidentes, e embora alguns cirurgiões receiem a superveniencia de phleimões depois da operação, todavia, diz Pozzi não constar que esta complicação se tenha dado depois da operação pelo enterotomo, havendo apenas uma consequencia penosa que a operação nunca deixa de produzir, felizmente de pouca duração, qual é a incontinencia das materias fecaes; o que é natural desde que, pelo menos, o sphincter interno do anus é separado pela eschara, que se produziu, e até que esta cicatriz se feche e o seu tecido soffra sufficiente retracção, o musculo não pôde preencher o seu destino.

Em pouco tempo, porém, cessão todas essas suspensões provisórias, reassumindo o recto o exercicio pleno de suas funcções.

Entretanto pelo esmagamento linear, como se vê da observação n. 6,

de q' natureza
a ferida pro-
duzida?
Como Cicatr.
isa? Euclo
o processo de
Cicatrisação?

si a fistula tem irradiações, havendo dupla divisão do sphincter por se o ter applicado á mais de um trajecto, o desaparecimento dessas consequências inherentes á operação é mais moroso e difficil, e acontece persistir a incontinencia das materias fecaes, mesmo depois de completa a cicatrização.

Este resultado que é uma nova enfermidade, que torna a vida insupportavel, é devido ao grande defeito que notamos da estreiteza da ferida deixada pelo esmagamento: sendo linear não causa conveniente perda de substancia ao tumor da extremidade do trajecto, ou *ampolla terminal*, como lhe chama Pozzi, e não dá prompta e inteira sahida a todo o pús existente, o que o cirurgião procura evitar applicando a operação á outro trajecto, olvidando que as repetidas secções do musculo póde vir a produzir essa penosa enfermidade.

Uma das vantagens da operação pelo enterotomo é que, ainda mesmo tendo a fistula muitos diverticulos, não é necessario applicar o instrumento senão á um trajecto, visto como, feita uma larga abertura até o reservatorio interno, que os alimentava a todos e esgotado, necessariamente, sem mais operação, todos elles vão espontaneamente se fechando.

Não podemos deixar de recordar aqui uma operação á que assistimos, praticada em 28 de Fevereiro do corrente anno pelo professor Richet em um enfermo, que ha muito padecia de uma fistula pelvi-rectal superior proveniente de um abcesso, cujo orificio, distante dois e meio centimetros do recto, abria-se sobre a face interna do schion do lado direito, apresentando a configuração de uma ferida alongada com depressão no centro.

Empregou o habil cirurgião o seu enterotomo especial, obtendo o melhor successo e realisando-se a cura em poucos dias.

Antes de começar a operação, deduzio os motivos que dictavão a preferencia para o enterotomo, comparativamente á incisão e ao esmagamento linear; a primeira exporia o enfermo á graves hemorragias e á resultado improvavel e insufficiente, e o segundo, se poupava da hemorragia, arriscaria á persistencia da fistula pela insufficiencia da ferida obtida, nada ganhando o enfermo de ter-se submettido á operação.

Não se presume todavia que aconselhamos a applicação do enterotomo modificado e melhorado pelo professor Richet para todos os casos, indistinctamente, como o unico meio certo e exclusivo de curar as fistulas pelvi-rectaes superiores, não symptomaticas de affecções osseas. O absoluto seria uma temeridade e as distincções são indicadas pela propria natureza.

Preferimos-o por ser na pratica o que melhores resultados apresenta,

mesmo nos casos mais implicados e o que, em nossa opinião, mais segurança offerece para o cirurgião.

Isto porém, não nos impede de, conforme as circumstancias, empregar um ou outro dos tres systemas, ou mesmo a incisão e o enterotomo, reunidos, praticando aquella, como já mostramos, para preparar e facilitar a entrada do segundo.

O proprio Richet, praticou uma operação magnifica por incisão, da qual dá noticia Pozzi. Ha excepções, distincções a que o cirurgião deve curvar-se, não mantendo obstinadamente a sua opinião á todo o transe, como faz Chassaignac, quanto ao esmagamento linear, mas preferindo d'entre os systemas mais admittidos o que melhor convenha para o completo resultado da operação em beneficio do enfermo.

Nas fistulas pelvi-rectaes superiores ossifluentes o tratamento é differente. Como já dissemos, referindo-nos á Verneuil, o primeiro cuidado do cirurgião é explorar qual o osso offendido, de cuja lesão se origina a fistula. Se é accessivel, é fazer uma incisão na parte correspondente, extrahir os sequestros, limpar a cavidade e cauterisal-a, ou se o osso está muito aruinado, proceder a sua extracção, da parte que seja indispensavel. Convém evitar neste caso por inutil, como diz Pozzi, a secção do recto, logo que a fistula é osteopathica.

Feita a extracção do osso, deve-se passar um tubo em todo o comprimento do trajecto fistuloso e limpar sufficientemente as partes sem abrir o intestino. Se porém, o osso é inaccessible, como os das vertebrae ou não é opportuno tentar a operação, deve o cirurgião limitar-se a favorecer o escoamento do pus pela dilatação do trajecto ou por injeccões deterrentas, e ao mesmo tempo manter e augmentar as forças do enfermo pelos meios hygienicos e therapeuticos convinhaveis.

le e como nos
vertebrae? e
de a causa e
Causa como
ordinaria?

OBSERVAÇÕES

OBSERVATION I

FISTULE PELVI-RECTALE SUPÉRIEURE TRAITÉE PAR LA MÉTHODE DU PINCEMENT.
GUÉRISON (OBSERV. PERSONNELLE).

*Adm. de no. 16
personnelle*

Soupé (Jules), âgé de 53 ans, graveur, entre à l'hôpital des Cliniques pour une fistule à l'anus. Le malade est couché au n° 16.

Voué à une profession sédentaire, il est depuis longtemps sujet aux hémorrhôïdes. Il était particulièrement incommodé par un flux muqueux, une sorte de leucorrhée anale qui tachait incessamment son linge.

Il y a cinq ans, ses hémorrhôïdes, qui jusque-là étaient facilement rentrées s'enflammèrent et devinrent irréductibles. Après de vives souffrances un abcès se forma et s'ouvrit spontanément.

Le calme revint ; mais l'accident n'avait disparu qu'en laissant après lui une infirmité ; son ouverture ne s'était pas cicatrisée, le malade avait une fistule à l'anus.

Toutefois, à partir de ce moment, ses hémorrhôïdes parurent guéries. Il semble que la violente inflammation qui s'en était emparée ait amené leur mortification partielle. On ne trouve guère plus, en effet, actuellement que des hémorrhôïdes sèches, cutanées, des *marisques* ; tout au plus existe-t-il encore quelques dilatations variqueuses à la partie antérieure. Mais la paroi postérieure du rectum est entièrement indemne.

L'état du malade se maintint stationnaire durant trois ans. Il survint alors une nouvelle poussée phlegmasique. Un abcès s'ouvrit laissant une seconde fistule sur le côté gauche de la marge de l'anus.

Enfin, fatigué par la suppuration continuelle qui s'écoulait de ses deux fistules, le malade est entré à l'hôpital.

Voici son état actuel:

A la surface de la fesse gauche, sur la face interne, on voit deux orifices fistuleux.

Le plus ancien, situé à la partie antérieure de la marge, n'est éloigné de l'anus que de 2 centimètres.

Un stylet s'y enfonce parallèlement au rectum dans une étendue de 11 centimètres.

La seconde fistule, qui est la plus récente, est ouverte plus en arrière à 5 centimètres de l'anus. Le cathétérisme montre qu'elle rejoint obliquement la première, en formant avec elle une sorte d' λ renversé.

Après l'inspection, si on procède au toucher rectal, on arrive sur la paroi postérieure du rectum, un peu au-dessus des sphincters, dans une cavité qui pourrait loger une noix. Au-dessus de cette sorte de caverne, dont l'origine doit sans nul doute être recherchée dans les inflammations anciennes, on trouve une bride qui exagère la disposition décrite sous le nom de valvule de Houston.

Cet éperon franchi, on arrive à un étage supérieur où le rectum n'a plus rien d'anormal.

Les parois antérieure et latérale sont saines.

En combinant le cathétérisme de la fistule avec le toucher on observe que si cette exploration est faite avec un stylet de trousse ordinaire, il est impossible de sentir avec le doigt l'instrument placé dans le rectum. Il faut lui substituer une sonde cannelée dont la résistance est plus grande afin d'arriver à ce résultat. On peut alors apprécier l'épaisseur considérable de tissu qui sépare le trajet fistuleux de l'intestin. Il est impossible de sentir par le toucher l'orifice interne de la fistule. Le malade dit pourtant qu'il a rendu par orifice externe des gaz et des matières fécales. Une injection avec du lait est faite avec le plus grand soin, le sphincter étant maintenu dilaté pour que la moindre goutte de liquide passant dans le rectum ne puisse échapper à notre exploration.

Le résultat a été négatif.

Si le doigt profondément introduit dans le rectum presse sur la portion supérieure de la fistule, il sort aussitôt de l'orifice externe une notable quantité de pus. Cette pression est très-douloureuse. On ne peut obtenir deux fois de suite cette évacuation de pus.

Opération.—Le malade a été purgé le matin; il est chloroformé. L'entérotome à branches parallèles fabriqué tout exprès pour M. Colin est introduit dans la première fistule.

Dans la journée et les jours suivants la douleur est modérée, Le malade souffre seulement beaucoup quand il va à la garde-robe. (Il a une selle le lendemain de l'opération).

Le neuvième jour la pince tombe tenant entre ses mors un peu faussés une eschare longue de 6 centimètres. Par suite du croisement de ses branches qui sont un peu trop faibles et seront modifiées, la constriction n'a pas été complète supérieurement ou le toucher rectal fait encore constater un éperon.

Pansement avec une mèche côtelée.

Les jours qui suivent la chute de l'entérotome, le malade ne peut retenir ses matières.

Mais progressivement l'incontinence diminue. En même temps, le toucher rectal indique l'effacement graduel de l'éperon et l'abaissement de la gouttière produite par la perte de substance. La deuxième fistule s'est oblitérée au bout d'un mois et demi.

Le malade sort guéri. Il retient parfaitement ses matières. La cicatrice forme une corde volumineuse dont on sent l'extrémité à 4 centimètres au-dessus de l'anus. (Le doigt n'a besoin pour l'atteindre que d'être enfoncé jusqu'au milieu de la phalange.)

OBSERVATION II

FISTULE PELVI-RECTALE SUPÉRIEURE TRAITÉE PAR LA MÉTHODE DU PINCEMENT
ÉTAT HUIT ANS APRÈS LA GUÉRISON. (OBS. PERSONNELLE.)

Chopin (François), âgé de 44 ans, garçon blanchisseur, entre le 24 janvier 1872, à l'hôpital des Cliniques, lit n. 31.

L. Richet ne l'a reçu que pour montrer aux élèves qui suivent la visite le résultat obtenu par la méthode du pincement.

Ce malade a été traité à la Pitié, en 1864, pour une fistule rectale supérieure remontant à 12 centimètres. L'entérotome de Dupuytren fut appliqué, il resta huit jours en place; il s'était relâché avant sa chute et M. Richet dut le serrer de nouveau fortement pour achever la section. Il sortit de l'hôpital guéri mais ne pouvant retenir ses matières.

Il y a deux ans, il revint voir M. Richet en se plaignant d'une douleur au niveau du sacrum; après quelques jours de repos elle se dissipa; mais un peu plus tard, elle revint; un abcès se forma à la partie postérieure de la marge de l'anus: il fut ouvert à Bicêtre par M. Lannelongue. Une fistule a subsisté depuis lors par laquelle on arrive facilement sur le sacrum dénudé. Il y a un grand amaigrissement et l'auscultation révèle des cavernes au sommet du poumon gauche. Toute intervention chirurgicale est par cela même écartée.

Ce malade n'en est pas moins intéressant en ce qu'on peut étudier sur lui les effets éloignés du traitement antérieur; quand on écarte les fesses on observe à gauche de la marge de l'anus une cicatrice, déprimée en forme de gouttière, large comme le doigt, d'une couleur blanche, très-adhérente aux parties voisines sur la souplesse desquelles tranche sa dureté. On peut suivre avec le doigt ce tissu inodulaire jusqu'à une hauteur de 4 centimètres. Sa couleur blanche se détache sur le fond rosé de la muqueuse.

Ainsi la cicatrice de ce trajet de 12 centimètres s'était réduit par la rétraction qui est le caractère de ce tissu spécial à une longueur d'à peine 4 centimètres. En même temps, les tissus voisins qui au moment de l'opération étaient épaissis et indurés avaient retrouvé leur souplesse normale.

Quant aux accidents survenus du côté du sacrum et du poumon, il va sans dire que l'opération n'en était nullement responsable. Tout au plus pouvait-on se demander si la première fistule ne s'était pas développée sous l'influence de la diathèse tuberculeuse à son début.

OBSERVATION III

INCONTINENCE DES MATIÈRES FÉCALES, PERSISTANTE, A LA SUITE DE LA SECTION PAR L'ÉCRASEUR DE DEUX TRAJETS FISTULEUX PROFONDS. (OBS. PERS.)

Laroche (Eugène), âgé de 43 ans, clerc d'huissier, entre le 17 février 1872 à l'hôpital des Cliniques.

Ce malade qui a depuis longtemps un rétrécissement de l'urèthre, a vu survenir en janvier 1870 des abcès urineux à la marge de l'anus. Des ouvertures multiples se firent spontanément et restèrent fistuleuses.

Au mois d'août de la même année, il entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le professeur Dolbeau suppléé par M. S. Duplay. On constata alors, entre deux petits décollements de moindre importance, deux trajets

*serm. du caillot
à observer en
hospital ?*

fistuleux qui s'ouvraient dans le rectum à une hauteur que le doigt pouvait à peine atteindre (renseignements fournis par mon collègue Bergeron alors interne du service). Redoutant une hémorrhagie par l'instrument tranchant, M. Duplay se décida à faire la section à l'aide de l'écraseur linéaire. Les autres décollements sont incisés avec le bistouri.

Une chaîne fut introduite dans chacun des trajets, l'écrasement dura vingt-cinq minutes; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Le malade partit pour Vincennes avant l'achèvement de la cicatrisation ayant une incontinence absolue des matières fécales.

Actuellement le malade raconte qu'il a depuis lors vu persister cette infirmité. Les matières même offrant une consistance assez grande ne peuvent être retenues et la vie de ce malheureux est devenue insupportable. L'examen de l'anus montre un infundibulum d'une profondeur de 4 centimètres. La muqueuse est tomenteuse au toucher et gumeuse par un suintement glaireux continu. Les deux cicatrices faites par l'écraseur sont visibles sur la marge de l'anus, mais se sentent à peine sous le doigt promené dans l'infundibulum. (Le malade repousse énergiquement tout soupçon de pédérastie.)

Le malade qui n'a été soumis à aucun traitement, sort le 1^{er} mars.

OBSERVATION IV

FISTULE PELVI-RECTALE SUPÉRIEURE TRAITÉE PAR LA MÉTHODE DU PINGEMENT GUÉRISON.
(OBSERVATION COMMUNIQUÉE PAR MON AMI LE DR. MAURICE LAUGIER). INÉDITE.

Le nommé B..., âgé de 33 ans, journalier, entre à la salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Richet, le 1^{er} mai 1868, pour un vaste abcès de la marge de l'anus, et de la partie de la fesse gauche avoisinant la région anale. Le périnée et la fesse sont le siège d'une tuméfaction considérable; la fluctuation est manifeste. M. Richet ouvre largement l'abcès et il s'écoule une grande quantité de pus fétide.

Les jours suivants, on constate que le foyer de l'abcès remonte très-haut. La suppuration a envahi le tissu cellulaire de l'espace *pelvi-rectal-supérieur*, et la fistule remonte à plus de 8 centimètres de hauteur au-dessus de l'orifice anal. Elle chemine en dehors des parois rectales épaissies et paraît borgne externe.

Le toucher rectal fait constater l'existence d'une *prostate très-volumi-*

neuse, qui a peut-être joué son rôle dans l'inflammation du tissu cellulaire pelvi-rectal.

M. Richet redoutant d'employer le bistouri, pour inciser le rectum à une aussi grande hauteur, a préféré à l'exemple de Gerdy, se servir de l'entérotome.

Le 28 mai. L'entérotome est mis en place.

Aucun accident autre que la gêne et la douleur que le *malade éprouve en urinant pendant deux jours*.

Le 5 juin. L'instrument complètement détaché, est enlevé par M. Richet.

Le malade sort guéri le 20 juillet sans avoir éprouvé aucun accident.

OBSERVATION V

FISTULE PELVI-RECTALE-SUPÉRIEURE GUÉRIE PAR LE PINCEMENT. (OBSERVATION COMMUNIQUÉE PAR M. LE PROFESSEUR RICHEL). INÉDITE

Antoinette Chanteloup, âgée de 30 ans, couturière, entre le 25 avril 1870 à l'hôpital des Cliniques, service de M. le professeur Richet. Elle est couchée au lit n. 20.

Cette femme est accouchée il y a neuf mois; pendant sa grossesse elle a eu des hémorroïdes qui ont persisté après son accouchement; les douleurs étaient très-vives pendant la défécation. Le mois dernier les douleurs ont encore augmenté et un abcès volumineux s'est montré à la marge de l'anus. Il s'est ouvert pendant la nuit qui a suivi son entrée à la Clinique, l'ouverture ne s'est pas refermée: une fistule s'est établie.

L'examen fait à plusieurs reprises a permis de constater entre la fistule un décollement considérable des parois du rectum. Ainsi on trouve: 1° une ouverture située à près de 4 centimètres en avant de l'anus; un stylet introduit se dirige vers le rectum entre les deux sphincters jusqu'à 1 centimètre au-dessus de l'anus. Un examen superficiel pourrait faire croire que c'est là toute la lésion; mais si le doigt étant introduit profondément dans le rectum on presse sa paroi antérieure, il s'écoule une grande quantité de pus. Il existe donc un foyer profond. En effet, si l'on introduit une sonde en la dirigeant en haut, on trouve un décollement parallèle au rectum et s'élevant à 6 centimètres.

Rien du côté de la vulve, ni du vagin. Le 20 mai, l'entérotome de Dupuytren est appliqué. Il tombe au bout de sept jours; les suites de l'opé-

malade n'offrent rien à noter. La malade est sortie le 15 juillet, parfaitement guérie de sa fistule et retenant ses matières.

OSERVATION VI

*MALADIE VULVAIRE RECTALE-SUPÉRIEURE, CHEZ UN TUBERCULEUX, GUÉRIE PAR LE PINCEMENT.
(OBSERVATION RECUEILLIE PAR MES EXCELLENTS COLLÈGUES PINARD ET HUTTINEL DANS
LE SERVICE DU PROFESSEUR RICHEL.) INÉDITE.*

Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 43, Bugny, (J.-B.), 41 ans, employé de commerce. — Cet homme qui s'est toujours trouvé dans d'excellentes conditions hygiéniques même pendant le siège, paraît avoir joui jusqu'à présent d'une bonne santé. Il n'accuse pas de maladies antérieures. Quelques antécédents scrofuleux. Comme antécédents héréditaires et de famille, cet homme raconte que sa mère est morte à 55 ans d'une maladie de poitrine. Son père qui était très-vigoureux est mort accidentellement. Il a eu, à y a deux ans plusieurs hémoptysies.

Il y a trois ans environ, il s'aperçut qu'il avait à l'anüs, une tumeur grosse comme une noisette. Comme elle était presque indolente et qu'elle ne le gênait nullement pendant la défécation, il ne s'en inquiéta pas davantage, se contenta de prendre quelques bains de siège et la tumeur disparut. Il est probable qu'elle se vida par le rectum.

Depuis ce moment, le malade fut pris d'une diarrhée rebelle qui s'est perpétuée jusqu'à ce jour, mais les selles ne sont pas très-abondantes. Il y a un an et demi il eut à la marge de l'anüs du côté gauche un abcès qu'il vint se faire ouvrir à la consultation à l'Hôtel-Dieu. On lui conseilla d'entrer à l'hôpital, il refusa.

La suppuration dura trois semaines. Au bout de ce temps, guérison complète selon le malade, sauf la diarrhée. A cette époque la toux commença à devenir fréquente et à s'accompagner d'expectoration muco-purulente. Six mois après, nouvel abcès mais cette fois du côté droit. Il vint encore à l'Hôtel-Dieu se le faire ouvrir et refusa de nouveau d'entrer. Mais l'abcès ne se fermant que pendant quelques jours pour se rouvrir ensuite, il finit par entrer le 17 au mois d'octobre, dans le service de M. Richet, remplacé alors par M. Cruveilhier. (Le malade ne présentait à l'auscultation qu'une respiration rude au sommet droit.)

M. Cruveilhier constata à droite une fistule complète s'ouvrant à 4 cen-

timètre dans le rectum. On l'opéra par simple incision et on introduisit tous les matins une mèche cératée d'abord et plus tard imbibée d'alcool. La cicatrisation se faisant toujours attendre, M. Richet pratiqua le 20 novembre l'excision de tout le trajet fistuleux. Même pansement qu'avant.

Tout allait bien quand on découvrit du côté gauche un petit abcès qui s'ouvrit, et en introduisant un stylet on constata la présence d'un trajet fistuleux long de 9 centimètres; on ne peut faire pénétrer le stylet dans le rectum. L'orifice externe siégeait à 2 centimètre de l'anus.

Le 10 décembre 1872. M. Richet l'opéra avec son entérotome spécial. L'instrument resta dix jours en place et lorsqu'il tomba, le lambeau mortifié avait une longueur de 9 cent. égale à la hauteur du trajet.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie et dès le deuxième jour, la défécation quoique gênée n'était pas douloureuse. Le 20 on introduisit une première mèche qui fut renouvelée quotidiennement, et le 31 décembre la plaie est en voie de cicatrisation.

Le 12 janvier. Le malade est désigné pour aller à Vincennes. Depuis le 4 janvier, l'état de la plaie a permis de supprimer les mèches. L'anus est dans l'état suivant:

Il présente une ouverture centrale de laquelle partent en divergeant des sillons multiples, traces laissées par d'anciennes incisions de décollements cutanés.

Le doigt introduit dans l'anus est médiocrement serré et suit: à droite une dépression profonde qui ne remonte pas au delà de 3 ou 4 centimètres (cicatrice de la première fistule traitée par l'excision). A gauche, un sillon profond se prolongeant jusqu'à l'ampoule rectale et dont le doigt peut avec peine sentir la limite supérieure: c'est le vestige de la fistule pelvi-rectale supérieure; la cicatrisation est presque complète. Le malade a toujours la diarrhée; il n'y a aucune incontinence des matières fécales et rien en s'échappe par l'anus en dehors de la défécation.

L'état général est devenu assez mauvais, la toux et l'expectoration ont considérablement augmenté depuis l'entrée du malade à l'hôpital. L'examen du thorax fait reconnaître la présence d'une caverne assez étendue au sommet droit. Il y a des cavernules au sommet gauche.

Le malade a été revu à la consultation après sa sortie de Vincennes, entièrement guéri de sa fistule.

OBSERVATION VII

FISTULE PELVI-RECTALE SUPÉRIEURE TRAITÉE PAR LA CAUTÉRISATION GALVANIQUE DU TRAJET.
—ÉTAT STATIONNAIRE. (OBSERVATION RECUEILLIE PAR MON EXCELLENT AMI LERICHE,
EXTERNE DES HÔPITAUX). INÉDITE.

Charruel (François), 41 ans, tailleur, entre le 1^{er} février 1872 à l'hôpital Saint-Louis; il est couché au n^o 17 de la salle Saint-Augustin, service de M. Tillaux.

Cet homme, depuis plusieurs mois, souffre de l'anus; toutefois, s'il vient aujourd'hui réclamer des soins, c'est moins parce qu'il souffre que parce qu'il est incommodé par un écoulement de pus incessant; il jouit d'ailleurs d'une santé robuste.

A l'examen de la région anale, on constate l'existence d'un orifice fistuleux distant de l'anus de 5 à 6 centimètres et siégeant sur la fesse gauche. Le stylet introduit dans cet orifice s'enfonce verticalement à une profondeur de 9 à 10 centimètres et parallèlement à la face interne de l'ischion. Au dire du malade, l'apparition de l'orifice fistuleux remonte à deux mois; elle n'a pas été précédée de tumeur ni accompagnée de l'émission soudaine d'une notable quantité de pus.

En portant le doigt dans le rectum, on sent à une profondeur d'environ 10 centimètres une bride demi-circulaire occupant le segment postérieur de cet intestin et qui fait relief dans sa cavité. La présence de cette bride rend compte de la forme qu'affectent les matières rendues, elles sont aplaties. Il est impossible de sentir avec le doigt l'extrémité du stylet introduit dans le trajet fistuleux. L'épaisseur des parties molles qui séparent ce trajet du rectum peut donc être évaluée à plusieurs centimètres.

Ainsi donc, profondeur de 9 à 10 centimètres, épaisseur non déterminée d'une façon précise mais mesurant certainement plusieurs centimètres, telles sont les dimensions du pont de substance qui sépare le trajet fistuleux du rectum. D'après ces données, M. Tillaux pense que pour le traitement il ne faut pas songer à l'excision, c'est à la cautérisation qu'il faut avoir recours.

7 février. Cautérisation de la fistule avec l'appareil de Middeldorf.

Le 8. L'opéré a souffert environ deux heures après l'opération. Il n'a rien ressenti depuis.

Le 14. La suppuration a légèrement diminué.

Le 24. Le malade quitte le service sur sa demande ; l'amélioration est à peine appréciable.

OBSERVATION VIII

FISTULE PELVI-RECTALE SUPÉRIEURE SYMPTOMATIQUE D'UNE NÉCROSE DU PUIS (CORPS ET BRANCHE DESCENDANTE). — INCONTINENCE D'URINE. — EXTRACTION DU SÉQUESTRE PAR UNE INCISION AU NIVEAU DE L'OS MALADE — DRAINAGE DU TRAJET — GUÉRISON. (OBSERVATION INÉDITE COMMUNIQUÉE PAR LE DR. S. DUPLAY, PROFESSEUR AGRÉGÉ).

A. . . ., âgé de 9 ans, me fut amené au mois de juin 1871 pour que j'eusse à donner mon avis au sujet d'une fistule anale qui persistait depuis environ deux ans.

Cet enfant, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament lymphatique mais sans aucune manifestation scrofuleuse, a été atteint de chorée au mois de mars 1869. La maladie commençait à s'améliorer lorsque l'on s'aperçut de la présence sur le côté droit de l'aîne d'un abcès dont le développement ne peut être rattaché à aucune cause appréciable.

Cet abcès s'ouvrit spontanément au mois de juin et resta fistuleux. Un chirurgien consulté à ce moment, fit le 3 août une opération qui semble avoir consisté dans un simple débridement de la marge de l'anüs ; des mèches furent introduites régulièrement comme après l'opération de la fistule, mais ce traitement demeura sans résultat, et l'écoulement du pus persista avec la même abondance.

Les parents consultèrent alors un autre chirurgien des hôpitaux qui reconnut un décollement, pratiqua, le 30 septembre, un nouveau débridement vers le rectum, plaça des mèches, fit des injections iodées mais ne put réussir à amener la cicatrisation de la fistule qui fournissait une quantité de pus chaque jour plus considérable.

L'enfant fut alors soumis à un traitement général antiscrofuleux, et aucune tentative opératoire nouvelle ne fut faite. Vers le mois de mars de l'année 1870, on vit apparaître une incontinence d'urine, d'abord légère, et qui se produisait seulement lorsque l'enfant faisait quelque effort, mais qui ne tarda pas à devenir tellement accusée que le malade perdait involontairement ses urines aussitôt qu'il était debout. Cet état persista pendant une année sans qu'on cherchât à y remédier. Toutefois la santé générale commençait à s'altérer et c'est dans ces conditions que l'enfant fut soumis à mon examen à la fin du mois de juin 1871.

Sur le bord droit de l'orifice anal et empiétant sur la face muqueuse du rectum, se trouve une ouverture fistuleuse qui fournit un écoulement abondant de pus et qui admet facilement une sonde cannelée ordinaire.

Celle-ci pénètre de bas en haut à une profondeur de 3 à 4 centimètres mais ne peut aller plus loin; d'autre part, il est impossible de découvrir aucun orifice du côté de la face interne du rectum. On constate même, dès ce premier examen, que la sonde est séparée du doigt introduit dans le rectum par une épaisseur de parties molles relativement considérables, et que l'extrémité de l'instrument s'éloigne plutôt qu'elle ne se rapproche de la paroi rectale.

Je soupçonnai de suite l'existence d'une lésion osseuse. Quoiqu'il me fût impossible d'insinuer la sonde plus profondément ni de sentir une surface osseuse dénudée, indépendamment de la longue durée de la maladie et de l'abondance de la suppuration qui devaient faire supposer quelque altération du côté du squelette, je constatai que la région correspondante au pubis et à la branche descendante du côté droit était douloureuse à la pression.

Enfin, en cherchant à me rendre compte de la cause de l'incontinence à l'aide du cathétérisme, je reconnus que la contractilité de la vessie était intacte, et que l'incontinence devait être due à quelque action mécanique sur le col de la vessie.

On prescrivit pendant quelque temps des injections avec la teinture d'iodo puis avec la teinture de Villate, et bien que ces injections fussent pratiquées aussi profondément que possible à l'aide d'une sonde introduite dans le trajet fistuleux, elles n'amènèrent aucun résultat satisfaisant.

Pénétré de la conviction qu'il existait une lésion osseuse, je renouvelai les explorations, si bien que je fus assez heureux pour insinuer un jour la sonde plus profondément que d'habitude, et en suivant un trajet légèrement concave en avant, de 8 à 9 centimètres de longueur, j'arrivai à sentir une surface osseuse dénudée rugueuse, qui semblait correspondre à la face postérieure du pubis droit; je crus même percevoir une certaine mobilité.

Dans le but de rendre le trajet plus direct et de faciliter les explorations voire même l'extraction d'un séquestre, on introduit pendant quelques jours des tiges de laminaria. Quoique l'on ait obtenu une légère dilatation, il fut encore impossible de s'assurer nettement de la mobilité d'un séquestre, et d'ailleurs les tentatives d'extraction avaient déterminé de vives douleurs accompagnées de fièvre.

L'état général était assez mauvais; les fonctions digestives se faisaient mal; l'enfant maigrissait et il me sembla dangereux d'insister à ce moment sur l'emploi des moyens chirurgicaux.

Sur mon conseil, le petit malade fut envoyé au bord de la mer, et après un séjour de trois mois, du mois d'août au mois d'octobre, il revint en parfaite santé, mais son état local était toujours le même. Je ne fus appelé à l'examiner de nouveau que vers la fin du mois de novembre, et cette exploration amena la découverte d'un fait extrêmement important.

La sonde ayant été introduite jusqu'au point osseux dénudé, et tandis que je cherchais la mobilité en poussant l'instrument de bas en haut, je sentis manifestement avec la main gauche appliquée sur la région du pubis des mouvements de soulèvement communiqués par la sonde. Les mouvements, quoique très-profonds, étaient manifestes et furent constatés par mon ami le Dr. Lapra, médecin de la famille.

D'après ce symptôme, je déclarai qu'il existait un séquestre mobile, et qu'en raison de la difficulté de l'extraire par le trajet long et sinueux qui venait s'ouvrir à l'aas, il était parfaitement indiqué de se créer une voie plus directe en mettant à nu la région du pubis. Ce procédé avait du reste l'avantage de permettre, dans le cas où le pubis serait malade, d'en pratiquer l'évidement ou même de faire une résection partielle.

L'opération que je proposai fut acceptée, non sans peine, et pratiquée seulement le 9 décembre 1871, avec l'aide du Dr. Lapra et de MM. d'Espine Lebail et Gaurier, élèves de l'hôpital Beaujon. L'enfant étant chloroformé et la sonde introduite par la fistule et poussée jusqu'à la portion osseuse dénudée, une incision de 3 centimètres est pratiquée suivant le bord supérieur du pubis jusque vers la symphyse, puis une seconde incision d'égale longueur, partant de l'extrémité interne de la première, est conduit le long de la branche descendante du pubis, de manière à circonscrire un lambeau triangulaire permettant de mettre largement à nu le pubis. Après la division de la peau et du tissu cellulo-graisseux très-abondant, j'arrive sur la face antérieure du pubis, et je sens de plus en plus distinctement l'extrémité de la sonde qui ne me paraît plus séparée du doigt que par une mince épaisseur de parties molles. Je dénude l'os à ce niveau, et le bec de la sonde apparaît à l'extérieur traversant un orifice arrondi dont les bords sont épaissis.

J'élargis un peu cette ouverture avec une gouge et je puis alors introduire le petit doigt dans une cavité assez spacieuse et sentir un séquestre

entièrement isolé, que je saisis avec une pince et que j'extrai assez facilement. Une nouvelle exploration me fait découvrir plus profondément un second séquestre également isolé et mobile dont l'extraction est faite avec plus de difficultés en m'aidant de la sonde cannelée et en la poussant de bas en haut.

En examinant avec soin l'intérieur de la cavité qui refermait ces séquestres, nous nous assurons qu'il ne reste plus aucun corps étranger, que le pubis est parfaitement sain quoique manifestement augmenté d'épaisseur.

Un tube à drainage est introduit dans toute la plaie par quelques points de suture de manière à en diminuer l'étendue.

Les deux séquestres qui ont été extraits et qui présentent entre eux la plus grande ressemblance sont oblongs et mesurent 3 centimètres environ dans leur plus grand diamètre, et 1 centimètre et demi dans leur petit diamètre; ils sont extrêmement irréguliers et poreux.

Les résultats de l'opération furent des plus satisfaisants. La suppuration diminua très-rapidement sous l'influence d'injections quotidiennes à travers le tube à drainage. Au bout de trois semaines, la quantité de pus était si peu considérable, que je crus pouvoir enlever le tube.

Quelques jours après, la fistule anale était complètement oblitérée et ne fournissait plus une goutte de pus. La plaie de la région pubienne, notablement rétrécie, suppurait encore mais en petite quantité. Elle ne fut entièrement cicatrisée que dans le premier jours du mois de mars 1872.

Déjà l'enfant se levait depuis plus d'un mois, et l'on avait constaté qu'il ne perdait que rarement les urines; cet accident cessa de se produire au moment où la cicatrisation fut complète.

J'ai revu le petit opéré plus de six semaines après l'opération; il jouit d'une excellente santé, il se livre sans gêne à tous les jeux de son âge, et il n'a jamais ressenti aucune atteinte de son incontinence d'urine.

OBSERVATION IX

FISTULE ANALE ORDINAIRE (OU DE L'ESPACE PELVI-RECTAL-INFERIEUR) COMPLIQUÉE D'UN DÉCOLLEMENT ÉLEVÉ DE LA MUQUEUSE. — TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE DU PINCEMENT. — GUÉRISON. (OBSERVATION EXTRAITE DU MÉMOIRE DE GERDY, CITÉ.)

Gourdet, âgé de 43 ans, terrassier, d'une bonne santé habituelle, entra, vers le commencement de juillet 1852, dans un des hôpitaux de Paris, pour y être traité d'une fistule à l'anus, qui datait de quatre ans environ.

Cette fistule avait pour origine un vaste abcès hémorroïdal, qui s'ouvrit spontanément et suppura beaucoup. Il y avait des callosités nombreuses. L'un des chirurgiens les plus distingués des hopitaux, dans le service duquel fut placé le malade, examina la fistule et s'aperçut que le trajet remontait à une hauteur telle qu'il était difficile d'en atteindre le fond. Il ne put donc constater si la fistule était complète. Redoutant de porter l'instrument tranchant à une hauteur aussi considérable sur l'intestin, il résolut d'inciser d'abord la partie inférieure. L'opération fut faite sans accident par le procédé ordinaire; les callosités furent excisées. Les choses restèrent dans cet état, sans qu'on fit au malade aucune nouvelle opération, lorsque la salle, fut évacuée pour cause de réparations. (Renseignements obtenus du service où fut faite cette opération.)

Le malade étant entré le 2 août à la Charité, M. Gesdy constata l'état suivant: Cicatrices d'incisions nombreuses prolongées sur la fesse droite; suintement purulent abondant. Le doigt parcourt facilement toute la cavité du rectum. *En appuyant sur la paroi postérieure de l'intestin, on sent qu'elle n'est pas soutenue et qu'elle flotte librement.* D'un autre côté, le doigt porté dans le trajet fistuleux, on trouve une cavité dont on ne peut tout d'abord mesurer la profondeur et qui remonte devant le sacrum; ce trajet n'est pas parallèle à l'intestin. Il se dirige de bas en haut et de gauche à droite, en tournant en spire autour du rectum, tandis que celui-ci remonte vers la symphyse sacro-iliaque gauche et s'écarte en haut du trajet de la fistule. A 3 centimètres environ au-dessus de l'orifice inférieur de la fistule, on sent de chaque côté une bride fibreuse extrêmement résistante. Une sonde de femme de 15 centimètres de long entra tout entière sans atteindre le fond, probablement parce qu'à cause du trajet en spire on ne distingue pas la résistance du fond. Rien n'indique une affection du sacrum.

4 août. Opération. M. Gerdy ne voulant pas porter le bistouri sur une partie aussi élevée de l'intestin, dans la crainte d'hémorrhagie grave ou de lésion du péritoine, chercha un moyen de diviser lentement cette partie de l'intestin. Pour cela, il eut l'heureuse idée de se servir de l'entérotome employé pour détruire l'éperon dans les anus artificiels. Il introduit une des branches dans la fistule et l'autre dans le rectum, mais le défaut de parallélisme des deux cavités empêche les deux branches de s'appliquer l'une sur l'autre lorsqu'elles sont introduites et serrées. M. Gerdy substitue à cet instrument celui de Breschet pour le varicocèle. Celui-ci étant beaucoup plus court pince la partie inférieure de la paroi flottante. On le serre

fortement, et on le laisse en place après l'avoir entouré de linge. Cette application est peu douloureuse.

Le 5. Aucun accident depuis hier, La défécation s'accomplit sans déranger l'instrument. Deux portions, parce que le malade est très-maigre, sans fièvre et a de l'appétit. Le 6, l'appareil tient encore solidement ; pas le moindre mouvement fébrile. Le 9, cinquième jour de l'application de l'instrument, en enlevant le pansement, l'appareil tombe de lui-même. Du reste, aucun symptôme nouveau, pas d'accident, mais les branches de la pince ont été faussées, déviées par le défaut de parallélisme des trajets du rectum et de la fistule. Le 10, la paroi du rectum flottante est échan-crée dans une hauteur de 2 à 3 centimètres seulement, parce que les mors de l'instrument déviés n'ont pu la pincer par leur extrémité. Le trajet fistuleux, dont on peut aujourd'hui atteindre le fond par la ligne la plus courte, a 15 centimètres du fond à l'orifice de l'anus.

M. Gerdy applique cette fois l'entérotome, qui monte plus haut que l'instrument de Breschet pour le varicocèle. Cette application un peu difficile, à cause du défaut de parallélisme des deux canaux, est un peu douloureuse; cependant, l'instrument serré a saisi la paroi flottante du rectum et reste en place. L'état général du malade n'est pas mauvais; il a cependant peu d'appétit. Le 11, quelques coliques passagères; le lendemain matin assez bien; pas de nausées, pas de sensibilité de l'abdomen; pouls normal. Deux bouillons, deux potages.

Le 15. Cinquième jour de l'application de la pince, elle tombe spontanément, sans accident. Entre les mors se trouve une bandelette de la paroi de l'intestin sphacélée, de 5 centimètres de long sur quelques millimètres de large. Mors de la pince encore un peu déviés; état général toujours bon.

Le 16. Paroi du rectum divisée dans une bien plus grande étendue que la première fois; 9 centimètres du fond de la division de l'anus, il reste donc encore 6 centimètres à diviser. L'enterotome est réappliqué.

Le 31. Cinquième jour, il tombe spontanément. Cette fois-ci les deux mors de la pince se sont appliqués parallèlement l'un à l'autre, et ont amené la mortification d'une bandelette de 8 centimètres de longueur. Les rétrécissements fibreux ont disparu; le doigt, favorisé par les incisions extérieures et la division intérieure, parvient au fond de la fistule. Mèche volumineuse, contention d'abord imparfaite des fèces un peu liquides; puis,

en quelques jours, rétrécissement progressif du canal de l'opération, et de matières.

Le 16 novembre. A droite, cul-de-sac fibreux résistant, que M. Gerdy incise avec un bistouri boutonné.

Le 24. Cicatrisation complète; embonpoint remarquablement augmenté depuis l'opération première; guérison et sortie le 28 novembre 1872.

OBSEKRVATION X

FISTULE ANALE PROFONDE TRAITÉE ET GUÉRIE PAR LE PINCEMENT.
(OBSERVATION DE GERDY, LOC. CIT.).

La nommée Martin (Marguerite), entre le 9 novembre 1852, salle Sainte-Rose, à la Charité. Menstruation régulière depuis l'âge de 15 ans. Mariage; deux enfants; pas de constipation ordinairement. Il y a un ans, abcès et fistule à l'anus; opération. En août 1852, fistule à gauche; nouvelle opération. Séjour de cinq semaines dans le service de M. Gerdy.

Le 9 novembre, elle entre pour une nouvelle fistule qui se manifestait déjà par un petit abcès de la première entrée de la malade. Le 23, M. Gerdy a opéré la fistule par l'incision d'un trajet sinueux, à peu de hauteur, dans le rectum, et par l'excision des bords. Au fond de cette excision, le stylet suit un trajet sinueux de 5 à 6 centimètres, remontant en arrière du rectum et permettant l'introduction d'une sonde de femme dirigée en haut à une grande profondeur. M. Gerdy n'ayant pas de pince entérotome sous la main, remet à l'appliquer ultérieurement. Le 14 décembre, il l'applique en effet à la partie supérieure de la fistule; l'application a quelques centimètres d'étendue. Le pincement est douloureux et persiste tout le jour, mais sans trouble ni fièvre; le lendemain, disparition de la douleur. L'entérotome tombe le 20 décembre; l'eschare est large et étendue; la pince a détruit la cloison, moins quelques millimètres. De ce jour au 18 février, guérison. (Rédigée par un des internes de mon service, à l'hôpital de la Charité.)

OSERVATION XI

FISTULE ANALE ORDINAIRE COMPLIQUÉE DE DÉCOLLEMENT DE LA MUQUEUSE, TRAITÉ PAR DEUX APPLICATIONS SUCCESSIVES DE L'ENTÉROME. — GUÉRISON. (PUBLIÉE PAR M. U. TRÉLAT, DANS LA «GAZETTE DES HÔPITAUX», 1861.

Note sur 23 cas de décollement très-profond du rectum opéré et guéri par la méthode du pincement.

M. F..., âgé de 43 ans, grand, robuste et d'une santé vigoureuse, avait été atteint, il y a quelques années, d'un abcès de la marge de l'anus. Cet abcès ne s'était pas complètement fermé, et il restait une petite fistule qui, de temps à autre et sous l'influence de la fatigue, incommodait le malade.

Désirant entreprendre un long voyage en Espagne, M. F... voulut être guéri de son infirmité. Je le vis au mois de mai 1854, et je constatai la présence d'une fistule très-superficielle, située sur la fesse droite, dans la direction de la tubérosité sciatique, ayant son orifice externe très-étroit, à 3 centimètres de la muqueuse anale, et l'orifice interne à 1 centimètre du commencement de cette muqueuse. Cette fistule était simple, sans diverticulum, sans indurations. La peau n'offrait aucun changement de couleur. L'état général était excellent; il n'y avait donc aucune raison de différer l'opération.

Suivant le désir que m'avait témoigné M. F..., je priai M. Nélaton de vouloir bien la pratiquer.

C'est le 20 mai qu'elle eut lieu; elle fut des plus simples. Le malade avait voulu être endormi par le chloroforme. Une sonde cannelée introduite par l'orifice externe vient ressortir par l'interne; la peau, tendue sur elle, fut divisée d'un seul coup de bistouri. Un très-médiocre écoulement de sang fut arrêté par quelques aspersions d'eau froide; on appliqua une mèche du volume du doigt, quelques compresses et un bandage en T.

Cette petite opération, si facile, si rapide, faisait espérer une guérison très-prochaine. Pendant les cinq ou six premiers jours, les choses marchèrent très-bien; mais au bout de ce temps il me sembla que la plaie restait saignante, comme pulpeuse; le malade éprouvait un malaise général, un sentiment de pesanteur dans le rectum; enfin, en palpant d'un seul doigt et avec grand soin le pourtour de l'anus, il fut facile de constater que certains points étaient manifestement douloureux. Il n'y avait du reste à l'extérieur, ni tension, ni gonflement, ni rougeur. Bientôt les symptômes s'aggravèrent, la couleur devint fixe et plus intense; la muqueuse rectale prit une couleur violacée, elle semblait brillante et tendue; l'introduction

du doigt dans l'anus était extrêmement pénible, surtout lorsque la pulpe digitale pressait la partie postérieure de l'intestin. D'autre part, il y avait de la fièvre, la langue était sale, quelques frissons vagues avaient été remarqués; malgré l'emploi des bains, des applications émollientes, des laxatifs, un foyer de suppuration s'était formé au voisinage de la plaie. Nous étions alors au douzième jour de l'opération; je remarquai, en écartant fortement les bords de l'anus, un petit pertuis très-fin d'où la pression faisait sortir quelques gouttes de pus rougeâtre.

En présence de cet accident, je priai de nouveau M. Nélaton de voir le malade et de m'éclairer de ses conseils. Cette visite eut lieu le 4 juin.

Depuis l'avant-veille le malade éprouvait de continuel élancements dans le rectum, et, depuis la veille au soir, il n'avait pas uriné. Il fallait remédier promptement à un pareil état, et pour cela évacuer le foyer purulent. Mais il n'y avait à l'extérieur rien d'apparent; la peau n'était ni rouge, ni tendue. Sur quel point porter le bistouri?

M. Nélaton insinua par le pertuis que j'ai déjà signalé un stylet d'argent recourbé en crochet; un mouvement de bascule fit saillir la pointe dessous une assez grande épaisseur de parties molles. Cette manœuvre montra que le foyer était situé en arrière et à gauche de l'anus. Se guidant sur ces indications, le chirurgien fit une large incision intéressant à la fois la portion inférieure du rectum et la peau. Elle donna issue à un flot de pus mêlé de stries sanguines. En ce moment le malade qui était plongé dans le sommeil anesthésique laissa échapper une quantité considérable d'urine. Les deux plaies de la marge dorsale permettaient l'introduction très-facile des doigts; on sentait un large décollement de toute la paroi postérieure du rectum, décollement qui, en certains points occupait au moins la moitié de sa circonférence et laissait arriver en haut jusque sur les deux articulations sacro-iliaques. Si on plaçait l'index dans le rectum et le médium dans le foyer, ces deux doigts étaient séparés par une cloison *mobile et flottante* qui n'était autre chose que le rectum lui-même; cette cloison mesurait en hauteur 8 à 9 centimètres au moins. Il était impossible de songer à la division par l'instrument tranchant, c'eût été s'exposer à des hémorrhagies extrêmement graves. M. Nélaton pensa que ce serait peut-être là l'occasion d'employer l'entérotome d'après le procédé de Gerdy; mais il fallait évidemment attendre, et voir quelle marche allait suivre un état aussi sérieux.

Nous nous bornâmes donc à faire dans le foyer, des injections tièdes et

à appliquer de petites mèches et un pansement lâche qui pussent permettre un libre écoulement du pus.

Je le pansais deux fois par jour et je faisais dans le foyer des injections, d'abord émollientes, puis plus tard légèrement stimulantes. Il ne survint aucun accident sérieux ; au bout de quelques jours M. F... avait recommencé à manger un peu.

Dans les derniers jours de juin, tout allait pour le mieux ; M. F... avait repris quelque embonpoint, de la fraîcheurs du visage ; il ne souffrait presque pas, et pouvait consacrer presque toutes ses journées à la lecture.

Dans le commencement de juillet je constatai l'existence d'un point douloureux immédiatement en arrière de la première incision ; les plaies redevinrent saignantes, la cicatrisation s'arrêta ; je remplaçai les mèches par des cataplasmes émollients qui calmèrent la douleur et firent taire l'inflammation ; mais il n'en fut pas moins évident au bout d'une huitaine de jours, qu'un clapier en communication irrégulière et anfractueuse avec le foyer rétro-rectal s'était formé au point que je viens d'indiquer.

M. Nélaton, après avoir examiné l'état des parties, divisa d'un coup de bistouri la peau qui recouvrait le clapier dans toute son étendue. Mais l'opérateur ne s'en tint pas là.

J'avais préparé un entérotome de Dupuytren à branches plus courtes, dont la vis servant à rapprocher les deux branches, était remplacée par une crémaillère ; l'instrument est ainsi beaucoup moins volumineux en deçà de l'articulation, et par conséquent moins gênant pour le patient.

Profitant donc de la position du la malade, qui était placé comme pour l'opération de la taille et du sommeil anesthésique, M. Nélaton pinça entre les mors de l'entérotome *ce voile mobile* qui était constitué par les tuniques du rectum, et qui séparait le vaste foyer rétro-rectal de l'intestin lui-même. Un fil ciré fut enroulé autour des branches de manière à affermir leur rapprochement, toute la portion de l'instrument dépassant l'anus, enveloppée et recouverte de compresses, le tout maintenu par un bandage en T. Le malade n'éprouva que peu de douleurs dans la journée ; il dormit plusieurs heures la nuit suivante.

Le lendemain matin l'appareil ne s'étant pas dérangé je laissai le tout en place jusqu'au soir. Au moment où je retirais le bandage et les compresses, la pièce tomba d'elle-même ; elle était restée trente heures en place. Sa présence n'avait déterminé aucun accident. Je lavai le rectum en in-

jectant de l'eau tiède avec une seringue, j'introduisis une mèche grosse comme le doigt, et le malade fut replacé dans son lit.

Le jour suivant, je pus constater que la partie mobile du rectum avait été divisée dans une étendue de 3 centimètres environ mais qu'il en restait audessus une partie au moins égale qui séparait le fond du foyer de l'intérieur de l'intestin. Je dis au moins égale car mon doigt ne pouvait atteindre le sommet du foyer. Afin de combler cette arrière-cavité, dès que l'incision la plus récente eut commencé à se recouvrir de bourgeons charnus, je pratiquai chaque jour dans le foyer rétro-rectal une injection iodée composée d'abord de parties égales d'eau et de teinture d'iode, puis bientôt de teinture seule. Sous l'influence de ce traitement, la cicatrisation marcha rapidement. J'eus plusieurs fois à réprimer avec le nitrate d'argent et même à diviser avec les ciseaux quelques brides vicieuses qui se formaient sur les plaies extérieures.

La santé générale était excellente, l'appétit aussi développé que possible chez un homme qui, depuis bientôt trois mois, n'avait pas quitté son lit.

Bientôt, au lieu de cette surface irrégulière et comme déchiquetée qui formait autrefois les parois du foyer, on trouvait une surface unie, comme muqueuse, et dont le toucher ne provoquait aucune douleur; on ne pouvait plus promener largement le doigt en arrière et sur les côtés du rectum; il était confiné dans un espace plus restreint situé en arrière et à droite de l'intestin. Mais il restait toujours un cul-de-sac profond dont je ne pouvais atteindre le sommet.

Vers la fin d'août, je ne constatai plus de progrès, et ce foyer semblait devoir rester infiniment stationnaire. Les injections iodées ne produisaient plus rien.

L'application de l'entérotome avait été si innocente, elle avait donné de si bons résultats, qu'il me sembla parfaitement indiqué d'achever par une nouvelle application la section de la cloison rectale. Pour être bien sûr de tout diviser, je procédai de la manière suivante :

Je séparai les deux branches de l'entérome dont l'articulation est mobile comme celle du forceps, et saisissant alors la branche mâle comme un stylet, je la guidai sur mon doigt jusqu'à ce que son extrémité mousse vint butter dans le fond du foyer; je la fis maintenir solidement dans cette position, et je plaçai l'autre branche dans le rectum en l'introduisant à la même hauteur. L'instrument fut articulé et je serrai aussitôt fortement,

quoique avec mesure, de manière à être bien certain de ne pas laisser glisser la *cloison membraneuse*. Le malade éprouva une légère douleur.

L'entérotome avait pénétré jusqu'au delà de son articulation, c'est-à-dire à une profondeur de 12 centimètres au-dessus de l'orifice anal. J'appliquai le pansement que j'ai déjà décrit. C'était le 1^{er} ou le 2 septembre à une heure de la journée.

Le malade ne ressentit que de très-légères souffrances; il dormit pendant la nuit d'un bon sommeil, et j'appris le surlendemain à ma visite, que le matin même en se réveillant, il avait senti son appareil se déranger, et qu'en y portant la main il avait trouvé la pince sortie du rectum; elle était encore fermée, et par conséquent elle ne s'était détachée que grâce à la section des parties étreintes.

Je constatai, en effet, qu'il en était ainsi. Le doigt introduit dans le rectum ne trouvait plus qu'une vaste cavité constituée en avant par la muqueuse intestinale, en arrière par la paroi de l'ancien foyer purulent, en haut et sur les côtés par des mamelons arrondis, qui n'étaient autre chose que les débris de la cloison divisée.

Le jour suivant, M. F... avait repris son régime habituel, son état général n'indiquait nullement qu'il venait de subir cette opération, très-innocente mais très-décisive.

A partir de cette époque, la cicatrisation marcha régulièrement, quoique avec lenteur; les plaies extérieures offraient le meilleur aspect; elles se recouvrirent bientôt d'une membrane cicatricielle rosée qui s'étendait chaque jour.

Dans le courant de septembre, je cessai de voir chaque jour M. F... Il était désormais évident que sa guérison n'était plus qu'une affaire de temps.

Au commencement d'octobre le malade avait commencé à se lever, et bientôt il put entreprendre quelques promenades.

M. F... éprouva un inconvénient grave dont j'avais cru prudent de l'avertir depuis longtemps. Les envies d'aller à la selle étaient brusques, impérieuses, et si ce besoin n'était pas immédiatement satisfait, les matières fécales s'échappaient involontairement. Cet état se prolongeant eût été une infirmité bien sérieuse. Heureusement il n'en fut rien. Au mois de novembre, le sphincter quoique divisé par trois larges incisions, avait repris ses fonctions normales.

Je conduisis alors le malade chez M. Nélaton, qui constata les heureux résultats de ce traitement auquel il avait pris une part si importante.

Rien n'a troublé cette cure si complète.

M. F... a mis à exécution son projet de voyage en Espagne se félicitant chaque jour d'être débarrassé de sa fistule et d'avoir échappé aux terribles accidents qui ont compliqué l'opération.

J'ai le regret d'ajouter que pendant ce voyage notre infortuné malade est mort en quelques heures du choléra qui sévissait à Tanger.

OBSERVATION XII

FISTULE PELVI-RECTALE SUPÉRIEURE OPÉRÉE PAR L'ÉCRASEMENT LINÉAIRE. PHLEGMON DIFFUS. — MORT. (OBSERVATION PRÉSENTÉE PAR M. VERNEUIL A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE LE 30 OCTOBRE 1861 SOUS LE TITRE SUIVANT : — FISTULE ANALE REMONTANT A UNE HAUTEUR DE PLUS DE 15 CENT. EN DEHORS DE LA PAROI RECTALE ET SUR LA FACE LATÉRALE DE L'INTESTIN. — OPÉRATION PAR L'ÉCRASEMENT LINÉAIRE. — MORT. — AUTOPSIE. — PHLEGMON DIFFUS DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU RECTUM).

Un facteur de la poste, âgé de 40 ans, d'une bonne constitution et d'un moral résolu, entra à l'hôpital Saint-Louis, dans les derniers jours du mois d'octobre 1861, pour une fistule à l'anus.

Celle-ci reconnaissant pour cause un phlegmon survenu plusieurs mois auparavant, et sur le développement duquel le malade ne donnait que des renseignements incomplets. L'abcès s'était ouvert spontanément et un suintement continu plus ou moins abondant lui avait succédé.

L'orifice, d'un très-petit calibre, siégeait latéralement sur la fesse gauche à 3 centimètres de l'orifice anal. La région, du reste, était dans l'état normal ; il n'y avait point d'hémorroïdes, point de rougeur ni d'altération quelconque de la peau. Il ne sortait jamais rien par l'anus, et la fistule elle-même ne donnait issue qu'à du pus, tantôt bien lié, tantôt séreux ou sanguinolent. Dans l'été, après des marches forcées, le pourtour de l'orifice anormal s'enflammait, la suppuration augmentait ; il y avait douleur, cuisson, pesanteur, gêne dans la marche, dans la position assise, etc., etc. — C'est ce qui détermina ce pauvre homme à se faire opérer. Rien, du reste ne contre-indiquait l'intervention chirurgicale, et une exploration attentive démontrait l'intégrité de tous les organes.

J'ai déjà indiqué le siège de l'orifice cutané de la fistule. Le stylet introduit pour l'exploration pénétrait à une grande profondeur, à 7 centi-

mètres environ, et paraissait à son extrémité se mouvoir aisément dans une cavité spacieuse. Il passait tout à fait en dehors du sphincter anal, qui était fort épais ; puis au-dessus de ce muscle se laissait sentir dans une grande étendue, à l'aide du doigt introduit dans le rectum. Il fut toujours impossible, même après plusieurs explorations, de retrouver un orifice interne à cette fistule, et je remarquai même que le stylet et le doigt étaient toujours séparés par une épaisseur de parties molles égalant plusieurs millimètres.

L'examen, à l'aide d'un spéculum bivalve, pratiqué immédiatement avant l'opération et à la faveur de l'anesthésie ne m'éclaira pas davantage.

D'après le résultat de cet examen, il était évident que pour opérer cette fistule à la manière ordinaire, et quelle que fût la méthode employée, il laissait d'abord créer artificiellement un orifice interne, c'est-à-dire perforer la paroi rectale dans toute son épaisseur, au niveau des limites supérieures du trajet fistuleux, pour diviser d'une manière quelconque la paroi rectale, depuis l'orifice supérieur établi de vive force jusqu'à la marge de l'anus inclusivement. Cette section pratiquée sur des tissus souples et épais, et remontant à une grande hauteur, 4 centimètres au moins au-dessus du sphincter, devait rencontrer des vaisseaux artériels nombreux et volumineux susceptibles de fournir beaucoup de sang, s'ils étaient divisés par l'instrument tranchant. En cas d'hémorrhagie primitive fournie par les vaisseaux situés au sommet de la plaie, il eût été presque impossible d'obtenir l'hémostase directe par la ligature ou par les agents hémostatiques portés immédiatement sur les artères ouvertes. Il aurait fallu recourir au tamponnement, d'une application difficile, douloureuse, dangereuse même, et de plus d'une efficacité douteuse. Ces motifs plaidaient contre l'instrument tranchant et parlaient en faveur d'un procédé de diérèse capable d'oblitérer les vaisseaux préalablement à leur section.

Or, trois expédients remplissant la même indication préservatrice s'offraient à l'esprit.

1° La ligature lente.

2° La section par pression continue et mortification.

3° Enfin, l'écrasement linéaire.

Le premier moyen, très-lent, et n'étant d'ailleurs point exempt de dangers fut rejeté.

Le second qui a été surtout préconisé par Gerdy consiste à comprimer le pont de parties molles interposé entre le trajet fistuleux et la lumière

du rectum, à l'aide de l'entérotome de Dupuytren, de manière à obtenir une mortification linéaire. La lenteur, les douleurs inhérentes à ce procédé, le firent rejeter. Au reste le trajet fistuleux étant étroit et un peu tortueux, il eût été-très-difficile d'y introduire le mors large, épais et dentelé de l'instrument susdit.

C'est pourquoi le troisième moyen parut mieux indiqué, le placement de la chaîne ne faisant entrevoir aucun obstacle sérieux, l'hémorragie n'était pas à craindre, la section pouvait avoir toute la précision désirable ; enfin, quelques minutes suffisaient pour terminer l'opération, sans exposer à de vives douleurs consécutives.

On pouvait seulement craindre que la traction opérée inévitablement par le renversement brusque de l'anse, n'eût une influence fâcheuse sur les tissus voisins.

Quoique j'hésite encore à regarder la méthode susdite comme devant être appliquée d'une manière très-générale à la fistule anale, elle me parassait dans l'espèce tout à fait indiquée par la prudence.

Le 23 octobre, après les préparations d'usage (bain entier l'avant-veille, purgatif salin la veille, lavement simple le matin même), je procédai à l'opération.

Le stylet introduit pour une dernière exploration, pénétra à 7 centimètres et demi, se dirigeant vers la paroi antérieure du rectum et le bord gauche de la prostate. Il fut remplacé par une sonde cannelée d'argent, dont l'extrémité était un peu recourbée. Je pus, non sans quelque difficulté, créer de toutes pièces un orifice interne en perforant la paroi rectale. Un nouveau stylet aigillé entraînant à sa suite un fort cordonnée et la chaîne de l'écraseur Charrière, fut glissé dans la cannelure de la sonde, et l'anse métallique fut placée sans coup férir.

J'opérai la constriction avec assez de rapidité, faisant parcourir au pas de vis deux tiers de tour par quinze secondes, un peu moins de trois tours à la minute. La section exigea environ neuf minutes. L'anesthésie avait été difficile à obtenir : l'examen au spéculum, l'exploration définitive de la fistule, le placement de la chaîne avaient dépensé du temps ; aussi le patient était-il à peu près réveillé pendant les dernières minutes de la section. Il n'accusait pourtant que peu de douleurs, et voulait s'en retourner à pied dans la salle. Il ne s'écoula pas 10 grammes de sang. La plaie était un peu béante. Je ne plaçai donc point de mèche, et j'ordonnai pour son pan-

sement l'application de cataplasmes tièdes maintenus par un bandage en T. Une alimentation légère fut permise et la journée se passa bien.

Le lendemain matin, l'état général était tout à fait satisfaisant ; la plaie n'était nullement douloureuse et la région anale n'offrait aucune trace d'inflammation. Je ne fis aucune prescription particulière.

Le soir, vers quatre heures, un frisson assez marqué survint et fut suivi de fièvre. L'interne de garde prescrivit l'administration de 1 gramme de sulfate de quinine. De plus, les urines, qui avaient été facilement et spontanément évacuées jusqu'alors se supprimèrent, ou du moins apparurent des symptômes de rétention d'urine dont la malade ne parla point, et qui ne faisant que s'accroître pendant la nuit, troublèrent le sommeil et causèrent une notable agitation.

Le lendemain, quarante-huit heures après l'opération, l'état général était assez bon ; fièvre très-moderée, langue blanche, sensibilité du ventre spontanée et à la pression, mais uniquement dans la région hypogastrique ; ni vomissements, ni ballonnement du ventre ; pas de selles, la région anale indolente et sans aucune douleur ; plaie de l'écrasement béant ; le doigt, introduit avec douceur et à une profondeur de 3 ou 4 centimètres, ne provoque aucune douleur. La rétention d'urine persiste ; je fais le cathétérisme sans difficulté et j'extrait seulement deux verres d'urine un peu rosée. La face était un peu altérée et légèrement jaunâtre ; mais cette coloration étant habituelle au malade me préoccupe peu. (Bain tiède prolongé ; cataplasmes sur l'hypogastre, une cuillerée d'huile de recin). Des sangsues seront placées au bas-ventre le soir si la chose est nécessaire.

A quatre heures, l'interne du service noté une amélioration ; il se contenta de sonder de nouveau. La nuit toutefois est agitée ; le malade à deux reprises différentes veut se lever, et délire évidemment ; un frisson se renouvelle et dure quelque temps.

A sept heures du matin la religieuse constate la cessation de ces symptômes : le malade dit qu'il va bien et qu'il désire dormir. Une demi-heure après on le trouve mort dans son lit.

Autopsie. — Le rectum fendu verticalement est rempli supérieurement de matières fécales demi-molles ; la muqueuse, à peine plus colorée qu'à l'état normal, n'offre aucune altération notable, *mais l'épaisseur totale de l'intestin semble triplée* ; cette augmentation de volume, qui remonte presque jusqu'à la symphyse sacro-iliaque, est due à une infiltration purulente qui siège en dehors de l'intestin entre la tunique musculieuse et la tunique

péritonéale. C'est un véritable phlegmon diffus du tissu cellulaire péri-rectal.

Le pus n'est pas encore collectionné, mais il infiltre les mailles du tissu conjonctif, ce qui rend compte de l'induration et de l'épaississement du rectum. Cette lésion se retrouve du haut en bas, c'est-à-dire jusqu'au voisinage de la marge de l'anus, là où le péritoine n'existe pas. Toutefois, le tissu cellulaire pelvien et celui qui remplit les fosses ischio-rectales est intact; *la nappe purulente est encore confinée à la face externe du rectum et semble arrêtée en bas par les insertions de releveur de l'anus.* Le pus est vert, crémeux, sans mélange de matières stercorales.

On retrouve la plaie verticale faite par l'écraseur, elle est nette, entr'ouverte et mesure un peu plus de 6 centimètres; elle a divisé la paroi rectale dans toute son épaisseur.

On ne retrouve nulle trace d'orifice fistuleux naturel, *La fistule était donc certainement borgne externe;* mais on reconnaît en revanche que le trajet était infiniment plus long que ne l'avaient fait supposer les explorations faites avant l'opération. J'avais, en effet, pratiqué la perforation artificielle à près de 8 centimètres de l'orifice fistuleuse cutanée. Or, la pièce sous les yeux, je constate que le décollement péri-rectal remontait sur les faces latérales de l'intestin à une hauteur au moins égale. Je n'avais donc incisé le trajet que dans la moitié environ de son étendue verticale. Sans doute une bride ou une inflexion de la voie fistuleuse avait empêché le stylet de pénétrer jusqu'au fond du foyer qui d'ailleurs était assez étroit dans sa région élevée.

Que serait-il advenu si la plaie inférieure s'était cicatrisée? Je ne saurais le dire.

L'inflammation, provoquée par l'opération et partant de son siège, se serait-elle propagée jusqu'aux limites du décollement et aurait-elle amené la cicatrisation?

Le pus sécrété dans le cul-de-sac respecté aurait trouvé peut-être une issue plus facile et dès lors n'aurait plus empêché, par sa rétention, l'adhésion de la partie supérieure de la fistule. Mais peut-être aussi une fistule borgne interne, à peu près inaccessible aux moyens chirurgicaux, se serait établie, et le malade, s'il n'y avait pas perdu, n'aurait pas gagné grand'chose à la métamorphose de son mal.

Toujours est-il que l'opération avait été incomplète, et qu'à ce seul point de vue l'autopsie révèle une particularité très-importante.

Quoique le phlegmon diffus n'ait été séparé de la cavité péritoniale que par la sereuse, il n'existait qu'un très-léger degré de péritonite, circonscrite d'ailleurs au fond du petit bassin, et au niveau du cul-de-sac inférieur. Un peu de vascularisation superficielle, deux ou trois cuillerées d'une sérosité un peu louche, sans fausses membranes et sans agglutination des anses intestinales constituaient tout ce qu'on trouvait d'anormal. Au reste, pendant la vie les signes de la péritonite avaient toujours fait défaut.

La vessie était contractée et revenue sur elle-même; elle contenait environ trois ou quatre cuillerées d'une urine limpide mais légèrement rosée. La muqueuse elle-même était quelque peu injectée, surtout au voisinage du col.

Tous les viscères abdominaux et thoraciques sont entièrement sains; les veines du bassin et les branches de la veine-porte n'ont pu être examinées *.

OBSERVATION XIII

FISTULE PELVI-RECTALE SUPÉRIEURE GUÉRIE PAR DEUX APPLICATIONS SUCCESSIVES DE L'ENTÉROTÔME. (OBSERV. COMMUNIQUÉE A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE 6 NOVEMBRE 1861, PAR M. LE PROFESSEUR RICHET, SOUS CE TITRE: ABCÈS DE L'ESPACE PELVI-RECTAL SUPÉRIEUR. — FISTULE ANOPÉRINÉALE AVEC DÉCOLLEMENT PROFOND. — APPLICATION DE L'ENTÉROTÔME. — GUÉRISON.)

Ferdinand S. . . , âgé de 37 ans, encadreur, entre le 15 janvier 1861, salle Saint-Augustin, n. 29.

Ce malade qui est très-fort et très-robuste, nous dit avoir toujours joui d'une excellente santé. Il n'a jamais été malade, il a eu seulement des plaques muqueuses au scrotum et dans la bouche il y a deux ans.

Au commencement de septembre 1860, il a vu survenir à l'anus une tumeur qui a acquis la grosseur d'un œuf de pigeon et qui a percé seule. Il en attribue l'origine à un coup, sans pouvoir rien préciser. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il eut à cette époque des rétentions d'urine, ce qui laisserait supposer qu'il avait quelque altération du côté de la vessie ou de la prostate.

Il alla consulter alors M. Mevergie qui le fit entrer dans son service à l'hôpital Saint-Louis. Là on reconnut une fistule à l'anus. On lui prescrivit

* M. Verneuil a su plus tard que ce malade avait été exposé au froid, un peu après l'opération, par la négligence d'un infirmier. Cette circonstance peut bien n'avoir pas été sans influence sur la terminaison fatale (communitation orale).

un traitement antisyphilitique, et il subit plusieurs cautérisations avec le nitrate acide de mercure et le nitrate d'argent.

Après trois mois de soins infructueux, M. Devèrgie lui conseilla de passer en chirurgie, afin d'y subir une opération.

Il entra alors dans mon service, salle Saint-Augustin. Nous constatons alors les phénomènes suivants: il existe à la partie antérieure du rectum un trajet fistuleux qui remonte si haut que le stylet ordinaire de trousse n'en peut atteindre les limites. Un autre trajet se dirige vers le périnée et va jusqu'à la racine des bourses.

Le malade souffre beaucoup et ne peut ni marcher ni s'asseoir. Le suintement est assez considérable. On pratique pendant cinq ou six jours des injections iodées dans ces trajets. Mais comme elles occasionnent un gonflement notable qui persiste et des pertes de sang, on suspend ce traitement et on l'engage à changer d'air. On l'envoie à Vincennes, le 23 février. Il y reste dix jours, quitte l'asile, et, un peu plus tard, le 23 mars, rentre dans mon service.

Redoutant les hémorrhagies qui auraient pu être difficiles à arrêter, vu la hauteur à laquelle il faudrait porter le bistouri, je me décide à employer l'entérotome selon le procédé de Gerdy.

Le 8 avril. Je procédai à l'opération. Je fendis d'abord le trajet fistuleux qui se dirigeait vers la paroi antérieure du rectum puis je pus porter le doigt dans la plaie et procéder à l'application de l'entérotome de Dupuytren, de la manière suivante:

Je retirai la vis qui unit les deux branches à leur partie inférieure, pour les désarticuler; puis le doigt introduit dans le rectum, je fis glisser dans le trajet la branche mâle de l'instrument. Cette branche une fois placée, je la fis tenir par un aide, et j'introduisis la branche femelle dans le rectum pour articuler l'instrument comme on le fait pour le forceps, et pincer entre les mors de l'entérotome les parties qui séparent les deux branches.

Le malade ne ressentit qu'une très-légère douleur de cette application. L'instrument fut fixé par un bandage en T, et solidement maintenu; de la charpie fut interposée, afin que la partie inférieure de l'instrument ne pût pas blesser les parties voisines.

Six jours après, l'instrument tomba de lui-même, ayant toujours entre ses mors la partie mortifiée par la compression.

Le toucher rectal fait reconnaître alors que le trajet fistuleux n'est pas détruit dans toute sa hauteur et que l'entérotome, malgré la profondeur

de 10 centimètres à laquelle il avait été introduit, n'avait pas atteint le fond du décollement.

Le lendemain, j'appliquai de nouveau l'entérotome et cette fois je compris entre les mors une cloison ayant 5 ou 6 centimètres au moins de longueur. L'instrument tomba seul au bout de quatre jours.

Le toucher montre alors que le trajet fistuleux est maintenant complètement détruit.

Le malade n'éprouvant plus aucune douleur, n'ayant plus aucun écoulement purulent, en un mot étant bien guéri, nous l'envoyons à Vincennes, le 8 juin 1861.

Le 5 novembre. Nous revoyons ce malade. Il est parfaitement bien portant et toujours très-fort et très-vigoureux.

Depuis l'opération, il est atteint d'une légère incontinence de matières fécales, qui tend à diminuer tous les jours, à tel point qu'il nous dit lui-même qu'il est presque sûr que dans quatre ou cinq mois il sera parfaitement guéri de cette petite infirmité.

Par le toucher rectal, on constate que la face antérieure du rectum est occupée par une cicatrice assez large, en forme de gouttière, que le doigt suit avec assez de facilité et qui se termine à la partie supérieure par une tuméfaction du volume d'un pois, qui se trouve à 8 ou 9 centimètres de l'anus.

OBSERVAÇÃO XIV

DO DR. FREITAS

FISTULAS PELVI-RECTALES SUPERIORES: — CURATIVO PELAS INJEÇÕES D'OPODELDOCK.

Trata-se de um doente homem de cor preta, africano, maior de 30 annos, que gosou sempre de perfeita saude.

Além dos exantheas proprios da infancia, não teve mais outros sofrimentos.

Ha 15 annos mais ou menos foi mordido por uma cobra, conhecida pelo nome de Surucucú, uma das mais venenosas que se conhecem, em uma das pernas, quando fui chamado a vel-o, e nessa occasião tractei-o pela applicação local da pedra absorvente, e seu restabelecimento seguiu-se logo após á queda da pedra.

Ha 4 annos, que começou a queixar-se de difficuldade na defecação, apparecendo-lhe depois muitas fistulas nas regiões gluteas.

O medico chamado a tratá-lo, occupou-se especialmente das fistulas, pretendendo curá-las por meio d'incisões e laxativos.

Foi no corrente anno recebido na casa de saúde do Dr. Seixas; eis o seu estado actual: Em uma das nadegas a pelle estava bastante hypertrophiada e calosa, coberta de um grande numero de aberturas fistulozas, que tenteadas, reconhece-se que se communicavão entre si, penetrando algumas o interior do recto.

A meia pollegada de distancia das margens do anus, existião mais duas fistulas que dirigião-se para o recto, seguindo as suas paredes anterior e posterior em uma altura de 3 pollegadas mais ou menos, sem communicação com o interior do mesmo intestino, o qual só deixava passar fezes e algum pus proveniente das outras fistulas. Havendo estreitamento fibroso do recto, a primeira indicação neste caso era a operação da rectotomia externa que foi praticada pelo processo de Panas, dando optimo resultado; uma vez que considerei o estreitamento como causa determinante das fistulas, e que muito concorria para entretel-as.

Passei depois ao tratamento das fistulas das nadegas, conseguindo com que todas se communicassem entre si por meio de incisões profundas; enquanto porém as duas fistulas situadas ás margens do anus, convencido de que não penetravão o interior do intestino, e que estava este em toda a altura das fistulas separado dos tecidos da circumvisinhança, e espesso por suas camadas, tinha de adoptar um dos seguintes processos: a incisão do intestino, as injeccões constantes, o esmagamento e a enterotomia.

Pela incisão, visto a extensão das fistulas, expunha o meu doente a graves accidentes, com poucas probabilidades de um resultado satisfactorio; o mesmo teria de acontecer servindo-me das injeccões uzualmente empregadas em casos taes; restava-me lançar mão do enterotomo de Dupuytren ou de Richet aperfeiçoado; porém lembrando-me que fui sempre bem succedido em casos semelhantes, quando não ha complicação de carie das vertebrae lombares e sacras, com as injeccões d'Opodeldock, servi-me desta injeccão, que veio mais uma vez confirmar o juizo, que d'antemão tinha feito a respeito da sua utilidade no tratamento das fistulas pelvi-rectaes superiores, principalmente quando não ha complicações.

Bastarão poucas injeccões, para que o doente sahisse do hospital perfeitamente curado das fistulas pelvi-rectaes superiores. Forão sufficientes 29 dias no hospital, para o seu restabelecimento completo.

SECÇÃO CIRURGICA

PATHOLOGIA EXTERNA

OSTEOMALACIA

I

A osteomalacia é uma das affecções do tecido osseo, caracterizada clinicamente pela dor, pela fragilidade, pelo amolecimento e pela deformação, a qual se manifesta na idade adulta, não deixando comtudo de accometter a velhice.

II

De todas as causas que concorrem ao apparecimento da osteomalacia, a influencia determinada pelo estado de gestação está hoje demonstrada.

III

E' uma osteite rarefaciente, na qual o tecido osseo tendo perdido os principios calcareos, fica reduzido á um tecido parenchymatoso, de aspecto e consistencia semelhantes á do figado, com pouca ou quasi nenhuma tendencia á reparação, sendo a morte a consequencia quasi inevitavel.

ANATOMIA GERAL

OSTEOGENIA E REGENERAÇÃO OU PRODUÇÃO DO OSSO

I

Os elementos do embrião não dão logar directamente á formação do tecido osseo, mas sim, são tecidos em grão mais elevado de organização, como os tecidos cartilaginoso e fibroso.

II

Antes dos tecidos cartilaginoso e fibroso organisarem o tecido osseo, passam ao estado de tecido embrionario, para deste tecido se formar o tecido osseo.

III

A regeneração ou produção do osso tem lugar ou a custa do tecido embrionario que se forma dos tecidos preexistentes, ou do tecido cartilaginoso que tambem delles se deriva, passando pelas mesmas phases que no estado physiologico, antes de organizar o osso.

OPERAÇÕES

DA URETHROTOMIA EXTERNA E SUAS INDICAÇÕES

I

Nos estreitamentos da urethra complicados ou não de fistulas perineaes, nos quaes, depois de numerosas tentativas para dilatar o canal, não se conseguir passar uma bugia superior ao numero 4, a urethrotomia externa deve ser a operação indicada.

II

Toda vez que pela dilatação ou pela urethrotomia interna não se chegar a restabelecer o calibre normal da urethra, não obstante a ourina ser evacuada pela fistula ou pelo meáto urinario, e que ao mesmo tempo houverem lesões da bexiga, perturbações geraes da economia, e que se receie a manifestação de complicações renaes, a urethrotomia externa deve ser a operação indicada.

III

A gravidade da urethrotomia externa está na razão directa do gráo de complicações do apparelho urinario, e do estado geral do individuo, por que quasi sempre é praticada quando o doente não póde mais supportar a menor operação cirurgica.

PARTOS

QUAL O MELHOR SIGNAL DE CONHECER-SE DURANTE O TRABALHO DO PARTO
O ESTADO DE SOFFRIMENTO DO FETO

I

Os signaes que podem indicar o estado de soffrimento do feto durante o trabalho do parto são sensiveis e racionaes.

II

Quer antes, quer depois da ruptura das membranas, signaes ha que são peculiares ao estado de soffrimento do feto, na evolução do parto.

III

Dentrè todos elles, os que são fornecidos pela perturbação do rythimo do coração do fecto, e pela presença do meconio sobre tudo nas apresentações do vertice, e pelos movimentos bruscos de inspiração nas apresentações pelvianas, são os que melhor pódem fazer conhecer o estado de soffrimento do feto durante o trabalho do parto.

CLINICA EXTERNA

ACCIDENTES MAIS FREQUENTES DAS FERIDAS DA CABEÇA
E SEU TRATAMENTO

I

As feridas da cabeça são em geral consideradas como ferimentos graves: sua gravidade está na razão directa das complicações.

II

Além dos accidentes que podem se manifestar em todas as feridas, as da cabeça tem accidentes seus, particulares, occasionados pela lesão dos órgãos interessados.

III

O seu tratamento é dependente do grão de intensidade das complicações.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

QUAES AS CONNEXÕES DO SYSTEMA NERVOSO GANGLIONARIO
COM O SYSTEMA NERVOSO CEREBRO-ESPINHAL?

I

O systema nervoso ganglionario do grande sympathico não está independente do systema cerebro-espinhal.

II

Depois das experiencias de Pourfour, Du Petit, Budge e Valler, Claudio Bernard e outros, não resta a menor duvida das connexões do systema nervoso ganglionario do grande sympathico com o eixo cerebro-espinhal, constituindo a unidade do systema nervoso.

III

Ainda mais, hoje está demonstrado não só que o systema nervoso ganglionario do grande sympathico tira a sua origem da medulla espinhal, como tambem que esta origem tem logar nas raizes rachidianas-anteriores que partem da medulla.

SECÇÃO ACCESSORIA

MEDICINA LEGAL

OS ASYLOS PARA ALIENADOS, DO GOVERNO, OU NOS DE PARTICULARES
DEVEM RECEBER ALIENADOS SEM ORDEM DAS AUTORIDADES,
OU SEM ATTESTADOS MEDICOS?
E SUA SEQUESTRAÇÃO NÃO É UMA OFFENSA FEITA Á LIBERDADE INDIVIDUAL?

I

A sequestração de um alienado nos asylos do governo, ou nos de particulares não póde, em these, jamais ser uma offensa feita á liberdade individual.

II

Disto se não segue, que não sejam possiveis gravissimos abusos, contra a liberdade individual na sequestração dos individuos nos asylos do governo, ou nos de particulares.

III

Não seria nociva a intervenção da autoridade, nem sem utilidade a attestação medica, em uma legislação, que regulasse este assumpto, desde que são possiveis offensas contra a liberdade individual com a sequestração de individuos, reputados alienados, quer nos asylos do governo, quer nos de particulares.

PHYSICA.

A PHYSICA EXPLICARÁ O PHENOMENO DA GANGRENA PRODUZIDO PELA ACÇÃO DO FRIO,
SER CURADA PELA APPLICAÇÃO DO GELO?

I

Distinguo a gangrena produzida pela acção do frio da mera congelação, effeito da mesma causa.

II

A reacção produzida pelas correntes calorificas, que affluem as partes lesadas é o que restitue ao seu ritmo normal as funcções entorpecidas, ou paralyzadas pela acção do frio.

III

O gelo determina o affluxo dessas correntes, que hão de produzir a reacção salutar.

CHIMICA MINERAL

AR ATMOSPHERICO

I

O estudo geologico do globo prova, que mui differente foi, em tempos anteriores, a composição da athmosphera.

II

As forças, que presidem a mistura dos gazes, representão um papel importantissimo na estabilidade da composição athmosphérica.

III

Á sua circulação deve a athmosphera, em grande parte, a uniformidade da composição, que apresenta.

BOTANICA

RESPIRAÇÃO VEGETAL

I

Não é por trachéas, como nos insectos, que os vegetaes respirão.

II

Não é o mesmo, para todas as phases da vida da planta, o modo por que respirão.

III

É sob a influencia dos raios chimicos do spectro que se realisão os phenomenos mais importantes da respiração das plantas.

CHIMICA ORGANICA

CONSTITUIÇÃO DA GLYCERINA

I

A glicerina é um composto de carbono, hydrogeno, e oxygeno, representado pela formula $C^3H^8O^6$.

II

A sua constituição a colloca a par dos alcooles.

III

A glicerina exerce as funcções de um alcool triatonico.

PHARMACIA

QUE VALOR PODEM TER OS SUCCOS VEGETAES? QUE MOTIVOS VIGORÃO PARA O POUCO USO E QUASI ABANDONO EM QUE SÃO TIDOS?

I

A alterabilidade de muitos succos vegetaes é o motivo, que principalmente vigora para o pouco uso e quasi abandono, em que são tidos.

II

Os succos vegetaes representam um valor de subida importancia considerados sob a relação de actividade medicamentosa das plantas, de que são extrahidos.

III

Todo o aperfeiçoamento nos methodos, e processos pharmaceuticos, em ordem a poderem ser utilizados os succos vegetaes, é um serviço importante prestado á sciencia, e um recurso valiosissimo a therapeutica.

SECÇÃO MEDICA

CLINICA INTERNA

TRATAMENTO DAS FEBRES MIASMATICAS, EM GERAL

I

O tratamento das febres miasmaticas, com quanto tenha o seu principal agente no emprego das quinas, exige varias modificações, segundo a especie, typo, anomalias e complicações, que ellas apresentão.

II

A remoção do doente do local, em que ellas se produzião, deve ser um dos principaes cuidados do medico.

III

A ipecacuanha, ou o emetico, como um poderoso auxiliar, em certos casos, o sulfato de quinina, o acido arsenioso são os meios de tratamento, mais geralmente empregados.

MATERIA MEDICA

ACÇÃO THERAPEUTICA DAS PREPARAÇÕES AUREAS

I

E' contra a syphiles constitucional que mais emprego se tem feito das preparações aureas.

II

O perchlorureto de ouro, o chlorureto duplo de ouro, e sodio, o chlo-

ro-aurato de soda são os preparados soluveis de que mais uso se faz hoje em medicina.

III

O emprego das preparações aureas reclama a maior attenção pelas propriedades eminentemente corrosivas de que são dotadas.

HYGIENE

LOCALIDADES PALUSTRES

I

As localidades palustres imprimem modificações profundas e duradouras, sobre o physico e moral dos individuos que vivem, por tempo sufficiente, sob sua esphera de acção.

II

Os progressos da civilisação tendem, de dia em dia, á diminuir esses modificadores funestos da saúde e da felicidade dos individuos.

III

Deve ser cuidado incessante e consciencioso dos governos humanitarios, fazer desaparecer, pelos meios que a sciencia aconselha, esses focos de destruição, e de ruina de uma grande parte das populações.

PHYSIOLOGIA

CALOR ANIMAL

I

Os actos moleculares, que concorrem á assimilação são os que representam o primeiro papel na producção do calor animal.

II

A fixação na economia dos elementos originariamente gazosos, a conversão dos productos liquidos nos solidos do organismo, constituem uma das origens do calor animal.

III

Ha, para as differentes idades, uma relação constante entre o movimento de composição e decomposição, inseparaveis do trabalho de assimilação e desassimilação, e a calorificação, ou producção do calor, no individuo.

PATHOLOGIA INTERNA

ANEURISMA DA AORTA

I

A classificação dos aneurismas da aorta em verdadeiros, falsos e mixtos abrange todas as variedades, que a anatomia pathologica ha demonstrado.

II

Si os symptomas geraes provocados pela existencia de um aneurisma da aorta podem deixar duvidas ao espirito do medico; os signaes tirados da percussão e principalmente da auscultação torna-as injustificaveis em um exame attento e consciencioso.

III

Entre as condições organicas assignadas ao desenvolvimento dos aneurismas da aorta, são muito racionaes as mencionadas por Bisòt.

PATHOLOGIA GERAL

PREDISPOSIÇÃO

I

E' um estado peculiar da economia em virtude do qual o organismo apresenta mais tendencia a ser accomettido de um estado morbido de preferencia á outro qualquer.

II

Só as predisposições podem explicar o apparecimento do estado morbido em diversos individuos, quando á outros respeitoos ha identidade de circumstancias.

III

Entre as predisposições convém não esquecer o moral do individuo.