

# A RECTO-SIGMOIDOSCOPIA

— NA —

## PRÁTICA CORRENTE

(Ensaio de vulgarisação)

PELO

DR. M. DA SILVA LEAL



1932

TIPOGRAFIA GONÇALVES & C.<sup>a</sup>

Rua do Almada, 348

PORTO

RC  
MNCT  
616  
LEA

A REGTO-SIGMOIDOSCOPIA

— IN —

PRÁTICA CORRENTE

de

PRÁTICA

DR. M. DE SILVA LEAL



1933

IMPRESSÃO DE

DE

1933

# A RECTO-SIGMOIDOSCOPIA

NA

## PRÁTICA CORRENTE

(Ensaio de vulgarisação)

PELO

DR. M. D'Á SILVA LEAL



AC  
MUCT  
626  
LEA

1932

TIPOGRAFIA GONÇALVES & C.<sup>a</sup>

Rua do Almada, 348

PORTO

## Publicações do autor

- «Biceps brachial à sept chefs» — Extrait du *Bulletin de la Société Portugaise des Sciences Naturelles*. Tome IX, 1922 — Lisbonne, 1923.
- «O Bicipite braquial» -- (Tese de doutoramento). Pôrto, 1926.
- «La fréquence des chefs surnuméraires du biceps brachial chez les Portugais». — Extrait des *Comptes rendus des Séances de la Société de biologie*. — Séance du 7 mai 1926.
- «Les chefs surnuméraires du biceps brachial chez les monstres téra-tencéphaliens». — Extrait des *Comptes rendus des Séances de la Société de biologie*. — Séance du 21 juillet 1926.
- «Variações do Bicipite braquial nos fectos monstruosos». — Extracto do *Arquivo de Anatomia e Antropologia*. Vol. X, Lisboa, 1926.
- «A recto-sigmoidoscopia na prática corrente». In *Portugal Médico*, n.º 12 de 1928.
- «Notas sobre o processo de Yeomans nos pruridos anais». — Separata do *Portugal Médico*, n.º 5 de 1930.
- «O método de Yeomans nos pruridos anais» — Separata de *A Medicina Contemporanea*, n.º 27 de 1932.

## Trabalhos

### em via de publicação

- «O tripé venereo na génese das estenoses rectais».
- «Considerações sobre alguns casos de tumores do estomago».
- «Un cas de periviscérite abdominale d'origine rénale».
- «A tuberculose nas estenoses rectais e peri-rectais».
- «Quelques cas de polydactylie (de colaboração com o Dr. J. de Espregueira Mendes).

# A Recto-sigmoidoscopia

## na pratica corrente<sup>(1)</sup>

Dia a dia se vai acentuando mais a necessidade do médico aliar a um exame clínico cuidado os elementos de diagnóstico fornecidos pelo laboratório, pela radiologia e por aparelhagem diversa. São múltiplos e variados os interrogatórios que o clínico geral precisa de fazer ao especialista e tanto mais proveitoso poderá ser o concurso dêste quanto maior critério houver nos dados fornecidos pelo clínico.

Na hora actual a endoscopia tem já o seu lugar absolutamente marcado entre os especialistas do tubo digestivo. Exceptúo, evidentemente, a gastroscopia destinada apenas a ser feita por muito poucos e de ensinamentos, por enquanto, muito restrictos. O esofagoscópio é já manejado com mais facilidade e presta serviços muito importantes. Porém, e é isso o que no presente me interessa focar, o exame endoscópico da porção terminal do intestino tende a generalizar-se cada vez mais, devendo mesmo, pelas grandes vantagens que apresenta e pela simplicidade com que se executa, entrar na pratica corrente.

Êste processo de exame não é novo. Tentado pela primeira vez por Désormeaux em 1853, com um tubo bastante estreito e iluminação externa,

---

(1) Êste trabalho foi publicado em Dezembro de 1928 no Portugal Médico. É aqui trascrito na integra alterando-o apenas na parte referente à estatística das estenoses por mim observadas.

foi pouco depois abandonado, continuando-se a fazer uso dos espéculos mais ou menos semelhantes aos que foram encontrados nas escavações de Pompeia. Só em 1895, por iniciativa de Kelly, a endoscopia recto-sigmoideia começou definitivamente a ser empregada.

O processo inicialmente idealizado por um francês foi tornado prático pelos americanos, não só pela iniciativa de Kelly, como também pelas inovações introduzidas por alguns outros americanos, que adoptaram a insuflação, a posição gêmeo-peitoral — sem dúvida a mais cômoda — e a iluminação interna. A partir de então o processo começou a vulgarizar-se nos grandes centros. Em França, do grupo de vulgarizadores destacou-se o nosso compatriota e meu antigo professor R. Bensaude, que ao assunto tem dedicado todo o cuidado e atenção. Em Portugal são poucos ainda os que manejam o rectoscópio e, relativamente, muitíssimo poucos os clínicos que recorrem ao especialista, pedindo um exame directo do segmento recto-sigmoideu.

Constituindo êste trabalho um simples esforço de vulgarização, julgo dispensável a descrição da aparelhagem e da técnica usada, tudo isto superiormente indicado nos livros da especialidade e, principalmente, no Tratado que Bensaude publicou em 1926 (1).

Quando devemos efectuar uma recto-sigmoideoscopia ?

Êste processo de exame deve ser feito não só nos casos em que a atenção do clínico é chamada vagamente para os segmentos terminais do intestino, como também quando clinicamente o diagnóstico é evidente.

O toque rectal, se bem que forneça ensinamentos importantes, não deve ser usado como único processo de exame directo, como ainda hoje é vulgar entre nós. A endoscopia permitindo avaliar o estado da mucosa, a existência de lacerações ou

---

(1) R. Bensaude — Rectoscopie-Sigmoidoscopie — Paris 1926.

ulceras, sangrando com maior ou menor facilidade, etc., tem, evidentemente, um lugar de destaque como meio de exame.

É preciso notar, porém, que as lesões ano-rectais nem sempre se impõem pela sua especificidade, mas nem por isso deixa êste método de ser precioso, tam precioso como a auscultação nos exames pulmonares.

Na disenteria amibiana nem sempre aparecem as grandes ulcerações com falsas membranas; por vezes o aspecto da mucosa não indica mais do que uma rectite vulgar. A anusite simples, a rectite erosiva ou granulosa, bem como a forma estenosante, podem ser motivadas pelo gonococo. Bom serviço se prestará ao doente seguindo-se as rectites periódicamente sob o *contrôle* dos nossos olhos, de forma a variar a terapêutica consoante as necessidades e a apanhar a tempo de se tratarem com facilidade as formas estenosantes. Há uma fase pré-estenose que só o exame endoscópico é capaz de revelar, o que nos permite iniciar um tratamento abortivo de grande eficacia e de bem menor duração que o tratamento a fazer depois da estenose constituída.

Trato actualmente um doente portador duma forte estenose do recto, estenose que se realizou após um abcesso peri-rectal de origem possivelmente gonocócica. A êste abcesso seguiu-se uma recto-anusite que foi desprezada e só passados tempos, depois que o doente começou a sentir dificuldade na defecação, depois que a estenose estava realisada, é que o diagnóstico foi feito. Êste doente tratado a tempo teria evitado o sofrimento destes ultimos anos e o tratamento longo que últimamente iniciou comigo (1).

O mesmo se poderá dizer a respeito de todas as estenoses de origem inflamatória.

Entre nós os doentes não são convenientemente seguidos durante as suas rectites ou recto.

---

(1) Êste caso foi-me trazido pelo Prof. Celestino Maia. A êle me referirei com a minúcia que merece num trabalho em preparação sobre «Estenoses rectais e peri-rectais de origem inflamatória».

sigmoidites, motivo porque os apertos nos aparecem completamente realizados. E não se pense que são raras as rectites estenosantes de origem inflamatória. Desde Janeiro de 1927 passaram pelo meu consultório 12 casos — 5 casos de estenose sífilítica<sup>(1)</sup>; 1 caso em que ficou bem averiguada a sífilis, a blenorragia e a sodomia; 1 caso de sífilis associada a habitos sodomicos; 1 caso de sífilis e blenorragia; 1 caso em que não sei se devo attribuir à sífilis a estenose se a um processo gonococcico originado por uma infecção utero-anexial; 1 caso de sífilis com tuberculisação tardia; 1 caso de peri-rectite com esboço de estenose de natureza tuberculosa; e 1 outro caso tambem de natureza bacilar. Quasi todos êstes doentes chegaram ás minhas mãos com as estenoses completamente formadas e alguns dêles sem o diagnóstico feito, embora a origem dos seus padecimentos estivesse ao alcance do dedo.

Mas nem sempre assim acontece; há apertos situados tão alto que o nosso dedo não consegue atingi-los e que são descobertos no decorrer da endoscopia.

Um diagnóstico que geralmente se faz com a maior das facilidades é o das hemorróidas internas e só o desconhecimento da patologia dos segmentos terminais do tubo digestivo é capaz de justificar aquella facilidade. Por vezes são os próprios doentes que fazem o diagnóstico: « há anos que soffro de hemorróidas ». Um doente, tive eu ocasião de ver nestas condições e que era portador dum cancro situado fora do alcance do dedo.

Casos destes são relativamente freqüentes.

São impressionantes as estatísticas de alguns autores sôbre a freqüência de cancros em individuos que sofriam anteriormente de hemorróidas. Extraio de *Bibliothèque du Cancer* <sup>(2)</sup>, publicada

---

(1) Embora haja autores que não considerem a sífilis como causa dos apertos rectais, eu não receio incriminar o trepomena como o agente causador da maior parte destas estenoses. Alguns casos tenho, e que oportunamente publicarei, que me levam a abraçar estas idéas.

(2) A. Chalié et H. Mondor—Cancer du Rectum—Paris, 1924.

sob a direcção de Hartmann e Bérard as estatísticas de números muito diferentes, mas que servem para nos pôrem de sobreaviso e não diagnosticarmos um caso de hemorróidas só porque o doente refere que as possui e que delas vem o sangue que perde :

Kocher.....	encontrou-os em	3,75 %
Kraske.....	»	» 3,75 »
Braitsef.....	»	» 6,6 »
Suter.....	»	» 9,5 »
Stierling.....	»	» 14 »
Christon.....	»	» 17 »
Lowinsohn.....	»	» 25,9 »
Zinner.....	»	» 38,5 »

Não quer isto dizer que possamos considerar os estados hemorroidários como predisponentes para a fase cancerosa. Em geral há uma coexistência e muito poucos são os casos em que o neoplasma se instala nas próprias hemorróidas. Já o mesmo não podemos dizer da disenteria amibiana. As lesões rectais duradoiras sejam de origem parasitária, sejam de origem mecânica, podem arrastar ao desequilíbrio celular e constituírem, a partir de dado momento, um estado pré-canceroso.

É sabido que nos cancros do recto altamente situados e nos cancros da sigmoide o sintoma dôr aparece muito târdiamente. A sintomatologia destes cancros em inicio é nula ou pelo menos indefinida. Por vezes é a hemorragia que desperta a atenção do doente ; outras vezes não há mais que uma obstipação ou um pouco de tenesmo. Se o exame não fôr rigorosamente completo deixaremos evoluir um canero sem que disso dêmos conta. A fusão das estatísticas de Quénu, Kocher, Frunke, Zinner e Braitsef, feita por Chalier e Mondor <sup>(1)</sup>, mostra bem a percentagem de cancros situados fóra do alcance dos nossos dêdos :

Cancros rectais de séde baixa.....	51
» » » » média.....	348
» » » » alta.....	130
» » totais.....	6

(1) Loc. cit.

Segundo Krasting a freqüência dos cancos do recto é de 5 %, sôbre os cancos em geral. Pelas investigações de Tuttle, 70 ou 80 % dos cancos do intestino são situados no recto, motivo porque a nossa atenção deve ser orientada de forma a diagnosticarmos tão cêdo quanto possivel a neoplasia. É a rectoscopia desempenha, nestes casos, um papel de alto valor; é o único meio seguro que possuímos — melhor do que o exame radiológico — para apanhar um cancro no início da sua evolução, seja um neoplasma de forma vegetante ou úlcero-vegetante, seja um cancro infiltrado, uma ulceração cancerosa ou um tumor benigno degenerado.

Basta isto para impôr o método da endoscopia recto-sigmoideia, tão conhecido é o valor dum diagnóstico precoce do cancro.

Assim como me julguei dispensado de descrever os vários rectoscópios e a técnica do exame, por não pretender fazer senão um pequeno trabalho de vulgarização, assim também não me referirei à endoscopia como meio de praticar biopsias nos numerosos casos em que está indicado recorrer ao exame anátomo-patológico. Não abordarei também o papel da endoscopia como meio de efetuarmos aplicações terapêuticas hoje correntemente usadas.

Basta-me que destas simples notas fique a certeza de que hoje não se podem tratar doentes do cólon sigmóide e do recto sem usar a endoscopia para auxiliar o diagnóstico e seguir a evolução da doença, sob pênna de prejudicarmos os doentes que se nos entregam, confiados na nossa probidade científica.





RÓ  
MU  
LO



\*1329688961\*

CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

