

Dr. Francisco de Paula Forster Camboim



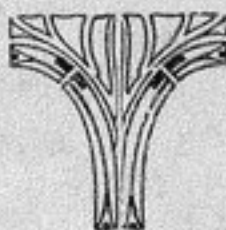
Contribuição ao estudo clínico radiológico

das diverticuloses e diverticulites do colon terminal

Cadeira de Clinica Medica

These inaugural

APPROVADA PLENAMENTE (gráo 9)



TYPOGRAPHIA GUNDLACH
PORTO ALEGRE
1932

FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

THESE

apresentada á

Faculdade de Medicina de Porto Alegre

em 18 de Abril de 1932

e defendida em 23 de Maio do mesmo anno

pelo

Dr. Francisco de Paula Forster Camboim

Natural do Rio Grande do Sul

Filho legitimo de Herodiano R. Camboim e de D. Gabriella Forster Camboim

Afim de obter o gráo de doutor em medicina

Dissertação:

Contribuição ao estudo clinico radiologico

das diverticuloses e diverticulites do colon terminal

Cadeira de Clinica Medica

Approvada plenamente (gráo 9)

These inaugural

Banca examinadora:

Prof. Octavio de Souza — Presidente

Prof. Annes Dias

Prof. Aurelio Py

Prof. Nogueira Flóres

Prof. Thomaz Mariante



Bib. Fac. Med. UFRGS

T-0197

Contribuicao ao estudo clinico

Aos meus paes

offereço o meu primeiro trabalho

A meu irmão

Ao prezado Mestre Prof. Saint Pastous,
a cujos preciosos ensinamentos tanto devem
estas paginas,

amizade e gratidão.

Ao grande amigo Prof. Ney Cabral, preito
de estima, admiração e reconhecimento.

Aos collegas e amigos Drs. Helio B. Medeiros
e Acrisio J. Pereira.

Aos particulares amigos Drs. Heitor de F. Mercio
e Marcos Tolovitch.

1974



Faculdade de Medicina de Porto Alegre

Prof. Sarmiento Leite,
Diretor.

Prof. Serapião Mariante,
Vice-diretor.

Prof. Sarmiento Leite Filho,
Secretario.

Corpo docente em 1932

CADEIRAS

PROFESSORES

Histologia e embriologia geral	Marques Pereira
Anatomia	Moisés Menezes
Fisica biologica	Sarmiento Leite
Quimica fisiologica	Nei Cabral
Fisiologia	Cristiano Fischer
Microbiologia	Raul Pila
Parasitologia	M. J. Pereira Filho
Patologia geral	M. T. Sarmiento Barata
Farmacologia	Válter Castilhos
Anatomia e fisiologia patologica	Argimiro C. Galvão
Tecnica operatoria e cirurgia experi- mental	R. Gonçalves Viana
Clinica propedeutica medica	Otacilio Rosa (interino)
Clinica dermatologica e sifiligrafica	Tomaz Mariante
Clinica oto-rino laringologica	Ulisses Nonoi
Clinica cirurgica	Alberto de Souza
Higiene	Guerra Blessmann
Medicina legal	Frederico Falk
Clinica de denças tropicais e infe- ctuosas	F. Freitas de Castro
Terapeutica clinica	Annes Dias (interino)
Clinica urologica	Basil Sefton
Patologia cirurgica	Paula Estêves
Clinica medica	Otacilio Rosa
Clinica pediatrica medica e higiene infantil	Diogo Ferrás
	Otávio de Souza
	Aurelio Pi
	Annes Dias
	Sarmiento Leite Filho
	Raul Moreira

CADEIRAS

Clinica obstetrica
Clinica pediatrica cirurgica e ortope- dica
Clinica ginecologica
Clinica neurologica
Clinica psiquiatrica
Clinica oftalmologica

PROFESSORES

Mario Tota
Nogueira Flores
Martim Gomes
Fabio Barros
Luis Guedes
Diogo Ferrás (interino)

Professor substituto

Carlos Leite	15.ª secção. (Clinica dermatologica sifiligrafica).
--------------------	--

Docentes-livres

Dr. Raul di Primio	Parasitologia
Dr. Eliseu Paglioli	Clinica obstetrica
Dr. Florencio Igartua	Clinica pediatrica medica e higiene infantil
Dr. Ervino João Carlos Presser	Tecnica operatoria e cirurgia expe- rimental
Dr. Raul Bitencourt	Clinica psiquiatrica
Dr. Oscar Bernardo Pereira	Microbiologia
Dr. Aires Maciel	Higiene
Dr. Bruno Atilio Marsiaj	Anatomia
Dr. Eliseu Paglioli	Anatomia
Dr. Felicissimo Difini	Quimica geral e mineral
Dr. Mario Bernd	Quimica geral e mineral
Dr. Ivo Correia Meyer	Clinica oftalmologica
Dr. Oddone E. F. Marsiaj	Clinica obstetrica
Dr. Jacy Carneiro Monteiro	Clinica cirurgica

Professores em disponibilidade

Elias Cirne Lima	Catedratico de clinica odontologica
M. R. da Cunha Louzada	Privativo de quimica analitica
Alvaro Fróes da Fonseca	Medicina operatoria
M. P. de Castro Bitencourt	Substituto de fisiologia

Professores jubilados

Francisco de Carvalho Freitas	Farmacologia
Francisco Freire Figueiredo	Clinica oftalmologica
João Dias Campos	Terapeutica
Manoel Gonçalves Carneiro	Clinica pediatrica medica e higiene infantil
Manoel Velho Pi	Higiene
Serapião H. Mariante	Clinica ginecologica

Professores honorarios

Carlos Barboza Gonçalves
Protasio Antonio Alves
Olimpio Olinto de Oliveira

NOTA — A Faculdade não aprova nem reprova as opiniões emitidas nas teses por seus autores.

CAPITULO PRIMEIRO

Definição anatomico-clinica de diverticulose e diverticulite do colon intestinal

O diverticulo colico é uma dilatação circumscripta a um ponto limitado da parede do colon, constituindo assim uma cavidade á parte, em communicação com a luz do intestino, por um orificio mais ou menos estreito.

E' de observar-se que a simples existencia de diverticulos no colon não acarreta necessariamente a appareição de phenomenos de ordem pathologica. Não é mesmo de extranhar-se que dilatações tão pequenas e tão pouco numerosas, ás vezes, coincidam com um funcionamento perfeitamente normal do orgão em questão. E de facto, a litteratura medica nos offerece não poucos exemplos de diverticulos em individuos que não apresentavam symptoma algum que, ao de leve, pudesse ser imputado a essas dilatações.

Mas, nem sempre é assim, e, se insufficientes para determinar uma perturbação mecanica, os diverticulos colicos pódem, entretanto, soffer todos os inconvenientes das cavidades fechadas, e se transformar em séde de infecções, cuja symptomatologia é das mais variadas.

Firma-se assim flagrante a differença entre diverticulite e diverticulose.

No primeiro caso, o diverticulo, tendo-se tornado origem de estado inflammatorio, vem tomar parte activa, e ás vezes preponderante no quadro symptomatologico apresentado pelo paciente.

Sob o titulo de diverticulose, se comprehendem todos os casos em que os diverticulos constituem simples particularidade anatomica, sem expressão clinica.

Tratam-se de verdadeiros achados accidentaes no curso de um exame radiologico.

Foi o que Bécclêre e Porcher muito bem synthetisaram dizendo: "procuram-se ou descobrem-se os diverticulos".

A existencia dos diverticulos colicos já havia sido assignada muitos annos atrás.

De facto, Cruveilhier em 1849 e Wirchow em 1853 descreveram os diverticulos, sob o ponto de vista anatomico. Graser em 1898 verificou que elles occorriam com grande frequencia nos casos por elle examinados, e procurou explicar-lhes a formação.

Só a diffusão da pratica radiologica é que veio dar real importancia á questão. Muito se deve aos estudos de Fischer, Beer e Moynihan, cujas valiosas contribuições vieram lançar muita luz sobre o problema em fóco.

Em 1907, Mayo e Wilson trouxeram á publicidade 5 casos de diverticulite, nos quaes ravia sido praticada a intervenção. Telling em 1908, colligindo os dados existentes sobre o assumpto, e estudando os casos que lhe foi dado observar, publicou o primeiro trabalho completo sobre a materia, e propoz uma classificação baseada sobre as modificações pathologicas por que pódem passar os diverticulos.

Finalmente, em 1914, Case, Quervain e outros crearam o termo de *diverticulose*, cuja significação já é de nós conhecida. Abbe publicou o primeiro caso operado, com diagnostico radiologico anterior. Esse havia sido feito por Le Wald (1914)

Classificação dos diverticulos

Sob o ponto de vista da sua constituição hystologica, os diverticulos colicos podem ser divididos em dois grupos: *completos* ou *verdadeiros* e *incompletos* ou *falsos*.

Os primeiros são representados por uma depressão em massa de todas as tunicas do colon, e têm, portanto, a mesma estrutura anatomica que elle.

Os falsos ou incompletos são simples hernias da mucosa, através de soluções de continuidade abertas na camada muscular. Falta-lhes, portanto, o elemento muscular, commum á outra classe; donde o qualificativo de incompletos.

Segundo a época de sua apparição, distinguir-se-iam os diverticulos em *congenitos* e *adquiridos*.

Os primeiros são, aliás, excepcionaes. Os diverticulos adquiridos pódem ser do typo *verdadeiro* ou do typo *falso*.

Os adquiridos verdadeiros constituem uma excepção, e são tão raros que alguns autores chegam a consideral-os como inexistentes; aliás, Mac Grath, citado por Russell D. Carman, numa re-

visão completa á pathologia dos diverticulos colicos, chegou á conclusão de que quasi todos os diverticulos adquiridos são do typo falso ou incompleto. Por outro lado, sabemos que os diverticulos congenitos são em geral do typo completo. Dahi, o facto de alguns autores tomarem as expressões diverticulo adquirido e diverticulo falso, diverticulo congenito e diverticulo verdadeiro, como synonymos respectivos.

Béclère e Porcher ainda alludem a uma terceira categoria — os diverticulos por septamento, que nada mais são do que uma consequencia de processos inflammatorios perivisceraes, dando em resultado alterações na imagem radiologica do colon.

Mecanismo etiopathogenico da formação dos diverticulos do colon

Alguns autores applicaram á pathogenia dos diverticulos do colon, a theoria com que Zenker explicou a formação de alguns diverticulos oesophagianos. Estabelecer-seia uma ligação por adherencia entre o mesenterio, por exemplo, e um ponto da parede do colon. Em consequencia da retracção cicatricial, a adherencia exerceria uma tracção constante sobre o seu ponto de inserção no colon, acabando por determinar ahi uma dilatação, que viria constituir o diverticulo. Identica tracção poderiam exercer os angiomas, os myomas..., como agentes de periviscerites.

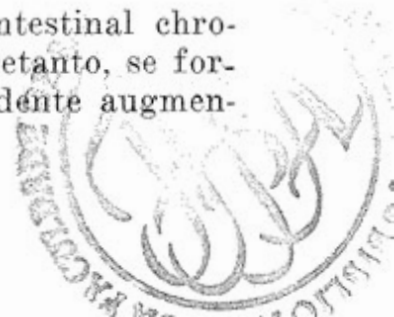
Essa theoria que parece corroborada por uma observação de Birch-Hirschfeld, e por duas de Hansemann, não póde absolutamente ser generalizada, pois na quasi totalidade dos casos os diverticulos apresentam livre a extremidade distal.

Alem disso, não se multiplicaram as observações no genero das citadas atrás, de modo que o diverticulo colico por tracção, deve ser olhado como uma raridade.

Muito mais plausivel que a precedente, é a theoria das pulsões, a qual subordina a formação dos diverticulos aos augmentos da pressão intracolica.

Não queremos significar com isso que o simples augmento da pressão no interior do colon determine o apparecimento de diverticulos.

Aliás, existem numerosos casos de estenose intestinal chronica com dilatação acima da estenose, sem que, entretanto, se formassem diverticulos nesse ponto, apesar de um evidente augmen-



to da pressão interna. Mas, se a esse factor vier se juntar um enfraquecimento da resistencia da parede colica, compreende-se facilmente que os diverticulos appareçam. Esta explicação é principalmente applicavel aos do typo falso ou incompleto. O augmento da pressão interna vae obrigar a mucosa a passar atravez dos pontos em que a tunica muscular se esgaçou, ou atraves de orificios normalmente já existentes, como os que dão passagem aos vasos, e cujas dimensões se tinham então exaggerado.

Esta theoria perfeitamente razoavel, e, por consequente, accetavel, está de pleno accordo com os dados etiologicos, o que indiscutivelmente vem dar-lhe mais solido apoio. De facto, verificou-se, com uma frequencia significativa, que os portadores de diverticulos colicos eram de ordinario individuos de idade avançada, ás vezes accentuadamente cacheticos, outras vezes obesos que soffreram ulteriormente um emmagrecimento consideravel, e em alguns casos pacientes de uma constipação chronica.

Ora, é sabido que, com os progressos da idade, os musculos da tunica intestinal soffrem uma redução da sua capacidade funcional, uma diminuição da sua tonicidade, donde decorre naturalmente uma diminuição da resistencia da parede colica. Nenhuma duvida existe a respeito da acção altamente depressora da cachexia.

Na obesidade ha tambem uma diminuição da tonicidade da musculatura intestinal, a qual é certamente uma consequencia do accumulo de tecido adiposo ao nivel dos intersticios cellulares, o que occasiona uma atrophia do tecido nobre. Acresce que esse vicio da nutrição se accentua particularmente em idade avançada, e frequentemente se associa á constipação chronica, realisando uma acção synergica de factores que concorrem para o mesmo fim.

Asim pois, o augmento da pressão intracolica seria a causa principal, cuja eficiencia, no emtanto, depende da concomitancia dos outros factores assignalados. Tal é a explicação accetada pela maioria dos autores.

Seria muito ousado attribuir uma origem congenita a todos os diverticulos, como o queriam certos autores.

Nessa hypothese, como se poderia explicar a extrema raridade dessa anomalia no curso de exames radiologicos do colon de crianças?

Existem, em realidade, diverticulos colicos congenitos, mas elles constituem uma excepção.

E' possivel, como pondera MacGregor, que certas molestias da criança, como o cholera infantum e outras, constituam cau-

sas predisponentes á diverticulose e diverticulite. Essts lesões inflammatorias ou irritativas do colon pódem crear áreas de menor resistencia, e facilitar o desenvolvimento ulterior dos diverticulos.

Constituição, volume, fórma, distribuição topographica e frequencia. Papel da hereditariedade

A estrutura dos diverticulos é bastante simples.

Os verdadeiros ou completos são formados pelas tres tunicas do colon-mucosa, muscular e serosa.

Nos falsos diverticulos falta a camada muscular, que, em certos casos, se acha reduzida a algumas fibras, cercando o pediculo. Mas muitas vezes o diverticulo soffre alterações de textura, podendo haver atrophia ou ulceração da mucosa, infiltração cellular de natureza inflammatoria entre as duas camadas do sacco diverticular...

O volume dos diverticulos colicos é extremamente variavel. Em alguns casos, só o microscopio permite descobri-los, após uma preparação especial da peça; em outros, chega a attingir o tamanho de um ovo de gallinha, e entre esses dois extremos existe toda uma serie de intermediarios. Mais commumente são do tamanho de um grão de arroz ou de ervilha.

A grande variabilidade de volume se explica, ao menos em parte, pela possibilidade da passagem do conteúdo intestinal para dentro da cavidade do diverticulo, pois em tal caso vão naturalmente se repetir as propulsões que deram lugar á sua formação, e com tanto mais efficacia quanto a parede do colon já cedeu.

Quanto á fórma, podem ser redondos, ovoides, piriformes.

Pediculados, apresentam ás vezes, um pediculo bem caracterizado; alguns são sesséis, e é esse o caso mais commum. Communicam com a luz do colon por um orificio geralmente mais estreito que a sua cavidade. Esse orificio póde ser obturado e transformar a cavidade diverticular numa cavidade fechada, presa facil de inflammações.

Localisam-se sobre todo o quadro colico, frequentemente, porém, sobre o colon descendente e a alsa sigmoide, e é ahí que os encontramos em maior numero.

Admittida a theoria das pulsões, que precedentemente expuzemos, torna-se facil descobrir o motivo dessa preferencia na distribuição topographica do diverticulos. De facto, estando a formação do diverticulo condicionada pelo augmento da pressão

intracolica, é natural que se localisem elles principalmente sobre o colon descendente e alsa sigmoide, visto como é sobre essas partes do colon que mais repercute o augmento da pressão interna.

Distribuem-se sobretudo ao longo do bordo mesenterico e, ás vezes, ao nivel das fitinhas longitudinaes do colon.

Do ponto de vista clinico radiologico, os diverticulos que realmente nos interessam são os que se localisam sobre o colon esquerdo, e particularmente sobre a sigmoide. São esses, realmente, os diverticulos que mais frequentemente dão lugar a manifestações pathologicas, decorrentes da sua inflammação.

Explica-se facilmente esse facto, bastando lembrar que, nas outras partes do intestino, o meio é liquido, e não tem, por conseguinte, tendencia alguma a se accumular nas cavidades diverticulares (Pauchet).

O numero de diverticulos que pódem apparecer em cada caso é variavel. Hansemann cita um caso em que havia mais de 400 diverticulos do colon transverso ao recto.

Os autores apreciam com grande diversidade a frequencia com que occorrem os diverticulos.

A sua extrema pequenez, em certos casos, a estreiteza do seu orificio de comunicação com o colon, tornam difficil a sua descoberta pelo exame directo da peça anatomica, ou pela sigmoidoscopia no vivo. Por outro lado, póde acontecer que a sua cavidade esteja repleta, ou o orificio obturado, e o exame radiologico não revelará a sua existencia. Talvez essas difficuldades expliquem a divergencia assignalada.

Assim Sjelgen em 2.000 autopsias apenas encontrou um caso de diverticulo, enquanto que Graser achou 15 em 28 casos. Case, Enfield e outros estimam em 1 para 80 o numero de casos de diverticuloses e diverticulites em individuos examinados aos raios X, por perturbações gastro-intestinaes.

Até bem pouco não se tinha dado nenhuma importancia á hereditariedade como elemento de diverticulite; alguns autores iam mesmo até negar qualquer papel a esse factor. Em 1926, Frank W. Makeoy relatou uma historia familiar, onde 8 membros de uma familia, em 3 gerações successivas, soffreram de uma perturbação intestinal chronica, com o mesmo aspecto clinico em todos os casos, a ponto de constituir “uma tradição de familia”. Os symptomas eram representados por crises diarrheicas, alternando com periodos de constipação; ás vezes, dores severas localizadas na parte inferior do abdomen, febre, vomitos e obstrucção intestinal. Esses ataques se terminavam muitas vezes por uma dor agudissima, seguida de evacuações com puz e sangue. Os mem-

bros mais velhos da familia morre^ram sem diagnostico. Em 3 representantes da 3.^a geraçã^o, o exame radiologico poz em evidencia numerosos diverticulos do colon. Dois desses membros já apresentavam os mesmos disturbios gastro-intetinaes que os seus antepassados.

Essa historia, como diz o autor, suggere a possibilidade de uma tendencia herediataria ao desenvolvⁱmento dos diverticulos do colon



CAPITULO SEGUNDO

Signaes anatomo-radiologicos da diverticulose

O signal radiologico caracteristico da diverticulose é a imagem do proprio diverticulo.

Procedendo-se ao exame de accordo com a technica que exporemos adiante, verificar-se-á que os diverticulos se apresentam como pequenas sombras opacas, o mais das vezes arredondadas ou ovoides, dispostas ao longo das bordas da imagem do colon. Ás vezes, se implantam directamente sobre elle, tomando então o aspecto de dedo de luva: são diverticulos sesséis. Mais communmente são providos de um pediculo, que póde apparecer bem caracterisado no cliché radiographico; em certos casos mesmo, o pediculo póde tomar um desenvolvimento exaggerado. Finalmente, ha outros em que o pediculo não é visto ao exame, e a imagem diverticular se apresenta então como uma mancha suspensa, que não tem com o colon nenhuma relação, além da de proximidade. O tamanho da imagem diverticular é extremamente variavel, pois depende não só do volume do diverticulo, como tambem do seu gráo de repleção ou vacuidade no momento em que a substancia opaca attinge o segmento do colon sobre o qual elle assenta. O enchimento mais ou menos completo da cavidade diverticular por materias extranhas, ou a obturação do orificio de comunicação com o colon, são factores que se oppõem á penetração da substancia opaca no seu interior, e tornam o diverticulo invisivel, a menos que uma bolha de gaz, contida no seu centro, venha pol-o em destaque, pois elle apparecerá então com um centro claro, cercado de uma orla espessa. Um outro factor capaz de se contrapôr á descoberta dos diverticulos é a sua localisação. Compreende-se facilmente que se situados sobre as faces do colon, sua sombra, projectando-se sobre a do colon, poderá passar facilmente despercebida. Aqui tambem, a existencia de uma bolhinha gazoza ou de uma bolla de materia póde ter o mesmo papel, de pôr em evidencia a imagem diverticular. Num dos clichés que repro-

duzimos adiante vêm-se as imagens diverticulares projectadas sobre a sombra opaca do colon descendente. Após o esvaziamento do colon, os diverticulos permanecem ainda cheios de substancia opaca, por um tempo mais ou menos longo; num dos casos apresentados por Bottaro e Barcia, os diverticulos ainda eram vistos, graças a seu conteúdo opaco, 4 dias após a administração da substancia barytada; Le Wald observou um em que ainda havia retenção do baryo pelo 10º dia, e James T. Case, um outro em que a retenção se prolongou até o 16º dia. Essa demora do diverticulo em se desembaraçar da substancia opaca, se explica facilmente, pois desprovido de tunica muscular, impossibilitado portanto de se contrahir, elle não pôde se esvasiar senão lentamente. E' essa retenção uma das melhores características do falso diverticulo.

Não insistiremos aqui sobre os detalhes de fórma, localização, volume, que já foram estudados anteriormente.

A presença de certos elementos opacos ao nivel do colon, pôde induzir em erro, fazendo crer em diverticulos que na realidade não existem; taes são os phlebolithos, glandulas calcificadas, calculos ureteraes...

Na maioria dos casos é facil distinguir esses elementos dos diverticulos; basta para isso mostrar que elles não teem nenhuma relação com o colon, por meio de chapas radiographicas tiradas em differentes angulos, ou por meio de manipulações que afastem o colon, emquanto que aquelles elementos permanecem immoveis. Mais simples ainda seria, como recommendam certos autores, tirar systematicamente uma chapa antes da administração da poção ou da lavagem opacas, e assim se evitaria aquella causa de erro.

Importante tambem é differenciar os diverticulos das bostas colicas. Mas essas são regulares e symetricas, se localizam sobre todo o quadro colico, excepto a sigmoide e não apparecem por meio de lavagem opaca, mas ao contrario quando se recorre á ingestão, emfim só tornam o aspecto diverticular quando o colon é insufficientemente enchido, alem do que não permanecem cheias após esvaziamento do colon.

Lembremos ainda que a fixidez de posição, a permanencia dos mesmos caracteres e a persistencia da imagem após esvaziamento do colon, são as mais fieis características do diverticulo.

As deformações do colon por processos perivisceraes, pôdem dar lugar á formação de imagens radiologicas, semelhantes ás do diverticulo. Ainda aqui, a differenciação é possivel. Essas imagens apparecem de preferencia nos pontos de eleição das perivisce-

rites: angulo subhepatico, bordo externo do colon ascendente, e bordo superior da metade direita do transverso; alteram a imagem do peristaltismo, não se conservam identicas após evacuação do colon, e de ordinario são muito mais volumosas que os diverticulos.

T e c h n i c a d o e x a m e . A sigmoidoscopia ou a rectoscopia poucos ensinamentos pôdem fornecer. Dizem alguns autores que em certos casos esses methodo permite descobrir os orificios dos diverticulos. Entretanto, o resultado é negativo na maioria dos casos, não só em vista da pequenez dos orificios, como tambem porque as dobras da mucosa os dissimulam. Demais, o uso do sigmoidoscopia expõe a traumatismos que poderiam ser perigosos nos casos de diverticulo, principalmente se esse já se achar infectado. Em alguns casos, verifica-se com o rectoscopia um estreitamento inflammatorio.

O verdadeiro methodo de exame é, pois, o radiologico. Cumpre observar que é de boa praxe recorrer tanto ao exame radioscopico como radiographico, pois muitas vezes a radiographia nos permite caracterisar um diverticulo, sobre cuja identidade se tinha ficado em duvida, quando do exame radioscopico.

Como proceder a esse exame, dando a tomar a poção opaca ou administrando uma lavagem? Não sendo possivel praticar ambos, dar preferencia ao ultimo processo. Bottaro e Barcia citam dois casos de sua observação, em que os diverticulos passaram despercebidos ao exame do colon opacificado por via alta, e que foram facilmente descobertos após administração do enema.

Compreende-se, aliás, facilmente, que o enema offereça certas vantagens sobre o outro methodo, quando se trata de diverticulos. Realmente, para uma boa visibilidade dos diverticulos se requer uma distensão forçada do colon, o que se consegue muito bem com o enema, que é administrado sob pressão, e assim se diffunde com muito mais efficiencia, tendo, portanto, muito mais probabilidade de attingir as cavidades diverticulares. Doutra parte, a substancia opaca administrada por ingestão muitas vezes se fragmenta, o que dá lugar, em certos casos, a erros de interpretação

Mais proveitoso seria ainda o exame se fosse possivel dar préviamente uma lavativa evacuadora, que desembaraçasse o colon dos materiaes não opacos, que pôdem perturbar a diffusão do baryo. Em alguns pacientes, é necessario recorrer a uma therapeutica antiespasmódica, no intuito de facilitar a introdução do enema. Às vezes, os diverticulos se enchem pouco depois que a substancia opaca attinge a porção do colon, onde se acham im-

plantados. Na maioria dos casos ha sempre uma demora nesse enchimento, maximé quando o baryo foi administrado por via alta.

James T. Case considera como a melhor technica dar a posição opaca, esperar até o 2.º ou 3.º dia, e então examinar o doente, administrando-lhe nesse momento o enema.

Tal é a pratica que, a seu ver, permite colher a maxima somma de informações.

Torna-se indispensavel uma verificação radioscopica, seguida de varias radiographias, após eliminação da substancia opaca administrada por via oral ou por enema.

Por outro lado, sempre que possivel recorrer ao exame relevographico da mucosa do colon, de accôrdo com a technica de Forsell Berg. Esse methodo visa pôr em destaque a imagem do relevo interno da mucosa do colon, por impregnação desta apos esvasiamento da substancia opaca administrada segundo a technica do completo enchimento do órgão. Como substancia opaca para exame relevographico do colon são utilizados os preparados communs de baryo (sulfato de baryo, citobaryo, gelobarina, etc.) ou então as soluções de Umbrathor.

Diverticulite, seus symptomas clinicos e expressão radiologica

A maior ou menor intensidade do processo inflammatorio, a sua marcha evolutiva, a localização neste ou naquelle ponto do colon, são factores que contribuem para tornar absolutamente inexpressiva a physionomia clinica das diverticulites.

Apesar disso, Telling individualisou tres typos de diverticulite, de accôrdo com os symptomas que consubstanciam o quadro clinico.

São elles o typo pseudo-appendicite, o enteroespasmódico e o hyperplastico.

O primeiro é relativamente encontradiço, e realisa, como o nome o indica, um syndroma perfeitamente semelhante ao da appendicite aguda, apenas com localização á esquerda. E' opinião corrente que a maior parte das appendicites esquerdas, diagnosticadas sem o exame radiologico, que permite verificar a posição do colon, nada mais são do que diverticulites do colon descendente ou da sigmoide.

Nada de estranho nessa semelhança, visto que, para muitos, a appendicite é apenas uma diverticulite especial.

São symptomas communs no curso do ataque, a dor, de ordinario bastante intensa, e commummente localizada no quadrante

abdominal inferior esquerdo, onde se nota hyperesthesia cutanea e rigidez muscular, nauseas, vomitos, constipação geralmente muito severa, alternando com crises de diarrhéa, febre, hyperleucocytose. Ao lado disso, tenesmo rectal e vesical. Excepcionalmente se descobre sangue nas fezes. Esses symptomas sobrevêm inopinadamente, e ás vezes não tardam a se acompanhar de reacção peritoneal. A inflammação aguda pôde se resolver, mas os diverticulos pôdem caminhar para a perfuração, ou se tornar séde de um processo suppurativo ou gangrenoso, seguido de peritonite circumscripta ou generalisada.

Podemos incluir aqui uma de nossas observações, tirada da clinica do Professor Annes Dias.

1.ª observação

Trata-se de um paciente de 49 annos de idade, no qual ha 3 annos havia sido feito o diagnostico de ulcera duodenal o que, aliás, foi confirmado posteriormente por um exame radiologico.

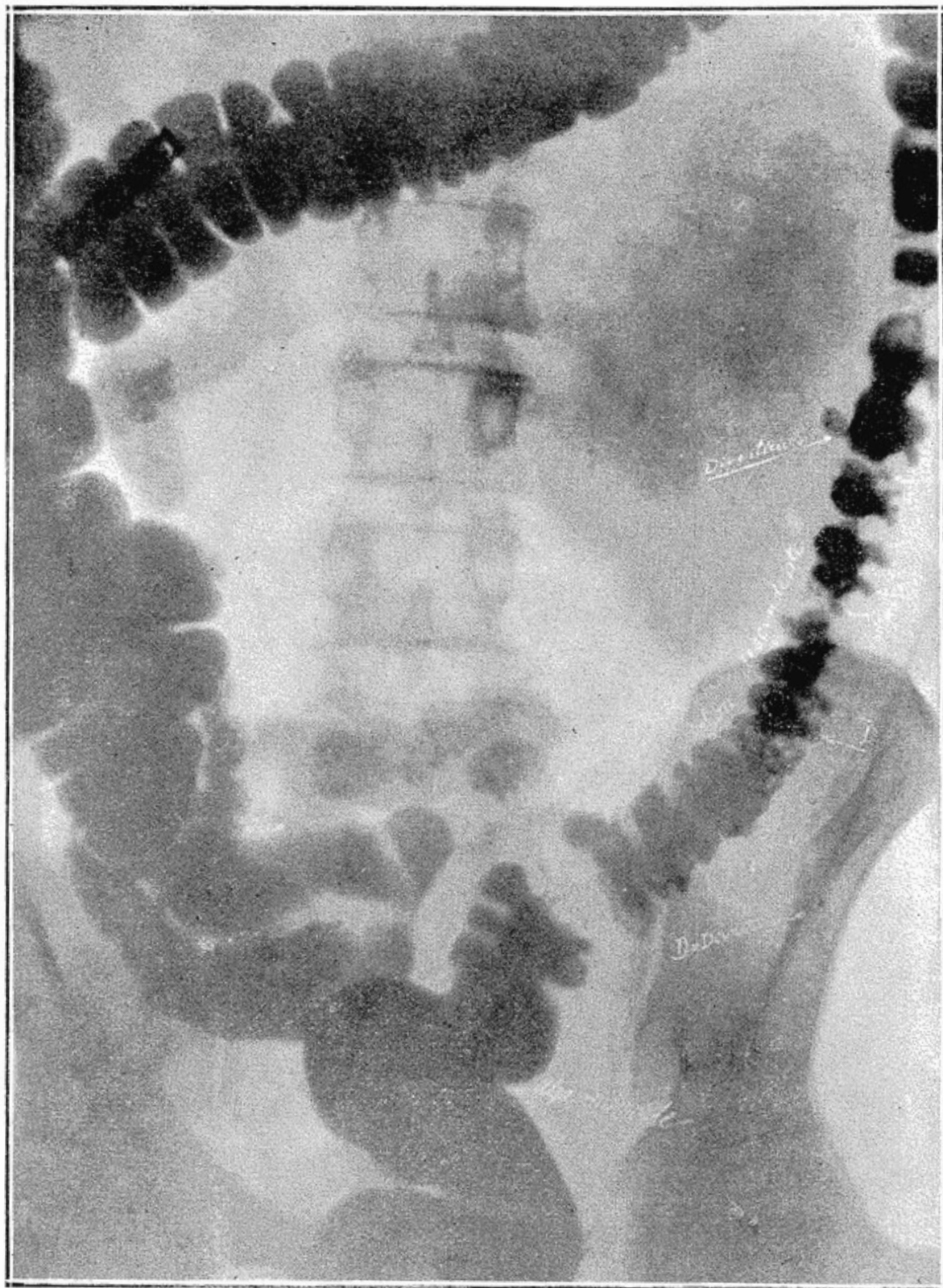
Em maio de 1931, apresentou fortes crises dolorosas, localisadas na fossa iliaca esquerda, com evacuação de fezes molles e ligeiramente sanguinolentas. Essas crises davam ao doente a sensação de espasmo, e se acompanhavam de violento tenesmo rectal. Após alguns dias de repetição, as crises cessaram, para reaparecer em Novembro ultimo com os mesmos caracteres.

Taes são os dados anamnesicos, que mais de perto nos interessam.

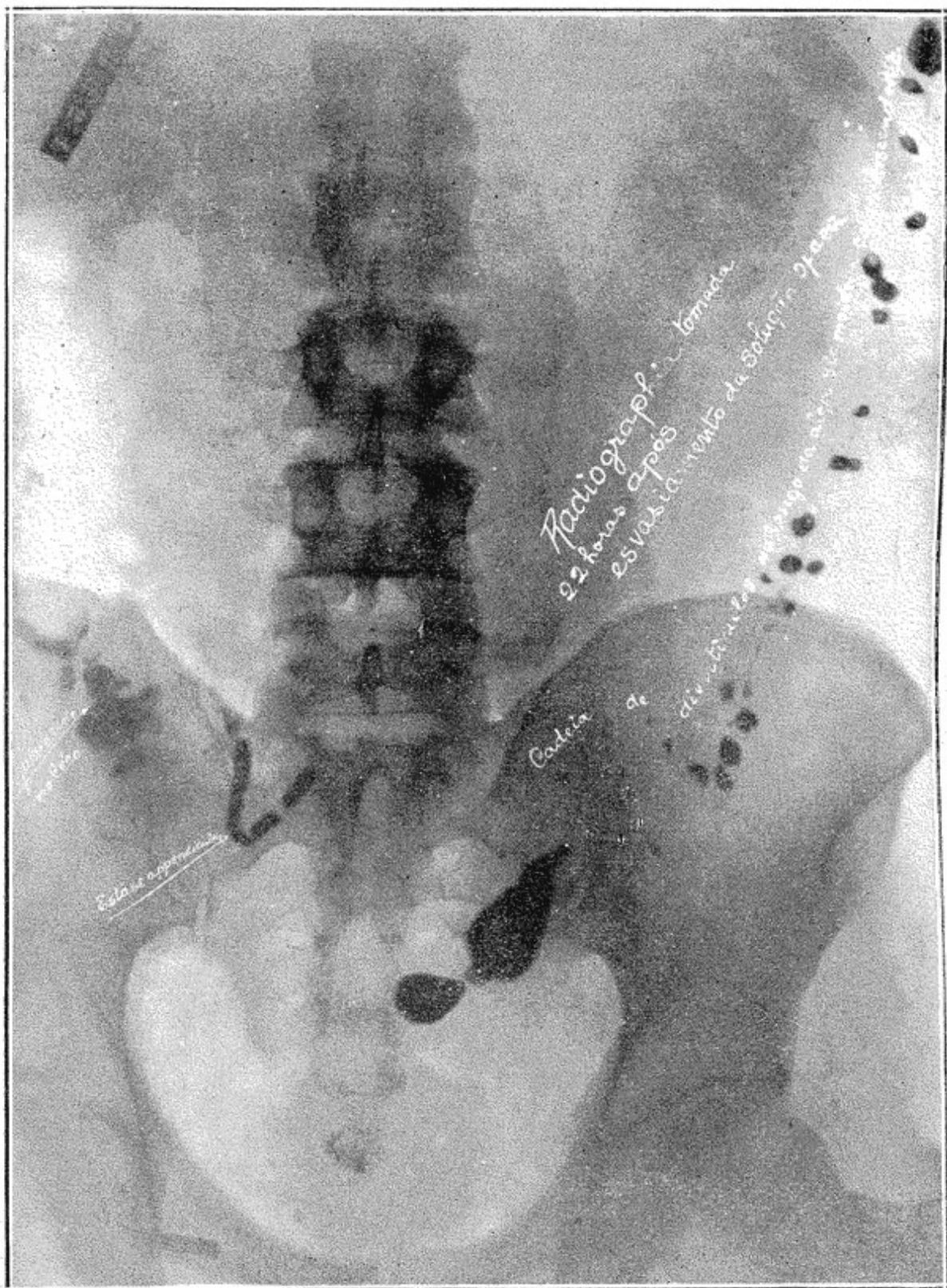
O exame radiologico por meio de enema opaco, (v. clichés 1 e 2) praticado em Maio, após as primeiras crises, revelou um estado espasmodico muito accentuado do colon descendente, o qual se mostrava doloroso á apalpação na sua parte inferior. Ao longo delle notavam-se varios diverticulos, alguns destituídos de pediculo. As radiographias tomadas após esvaziamento do colon mostram numerosos diverticulos, ainda opacificados pelo baryo. Em alguns delles observa-se uma parte central transparente, talvez devida á presença de gazes. O transito intestinal se faz facilmente, enchendo-se todos os segmentos do colon, e passando parte do baryo ao illeo.

Estáse e dor appendicular. Coecum normalmente situado, mobilisavel. (v. clichés 1 e 2).

O segundo exame radiologico praticado em Dezembro ultimo, nada mais fez do que confirmar as informações colhidas com o primeiro.



Cliché n.º 1
Notam varios diverticulos ao longo do colon descendente, e um estado espasmodico muito accentuado.

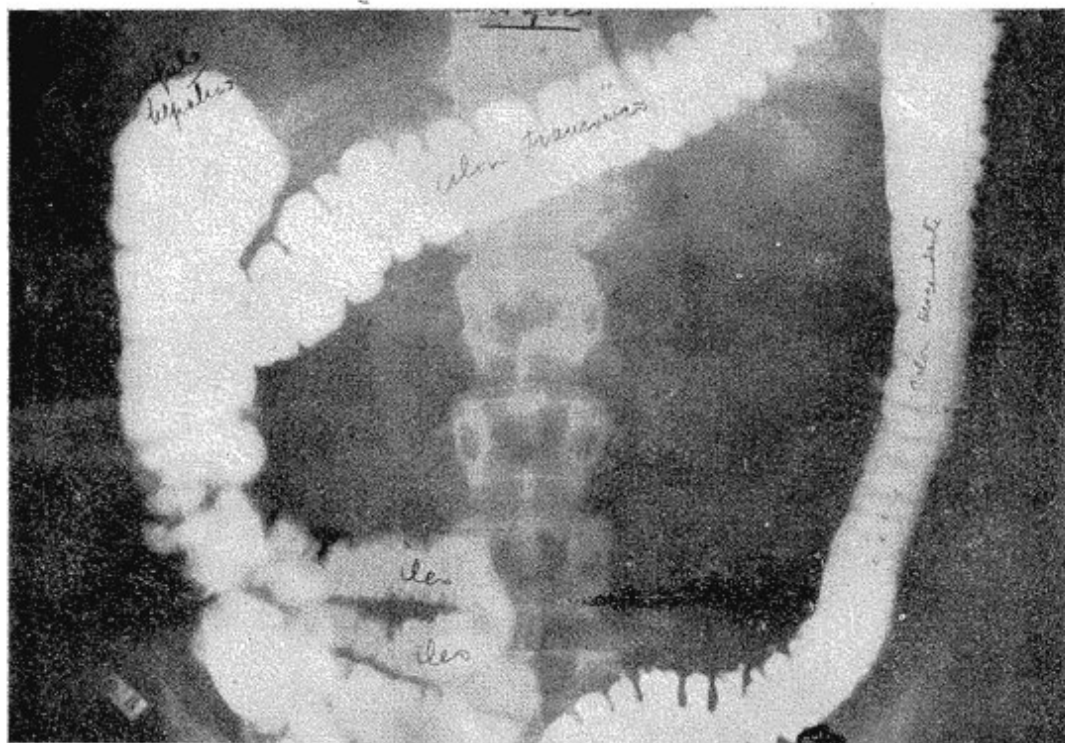


Cliché n.º 2
Mesmo caso do cliché n.º 1. Retenção de baryo nos diverticulos.
Em alguns a parte central é clara.

Verificou-se, de novo, o estado espasmodico do colon descendente. Coecum levemente doloroso. Incontinencia da valvula ileo-coecal.

Appendice permeavel e doloroso á pressão.

Sobre o colon descendente alguns diverticulos, que permaneciam cheios, após o esvaziamento do colon. (v. clichés 3 e 4).



Cliché n.º 3

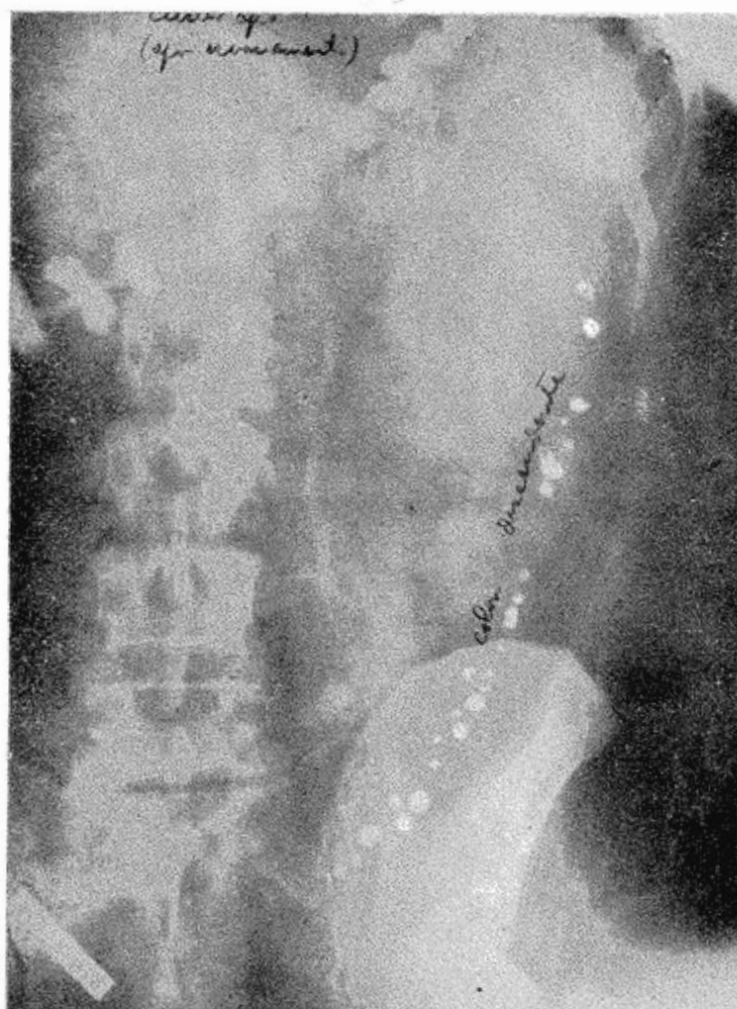
Mesmo caso do cliché n.º 1. Estado espasmodico do colon descendente. Note-se a sombra de alguns diverticulos, projectada sobre a propria sombra do colon.

No cliché 3, pôde-se distinguir facilmente a imagem de alguns diverticulos da propria sombra do colon, graças á maior opacidade daquelles. Ambos os exames, foram praticados com lavagem opaca.

As crises, que o doente apresentou duas vezes, estão longe de realisarem o syndroma appendicular esquerdo, a que nos referimos antes. Tratam-se, no emtanto, evidentemente de crises diverticulares, que nenhuma outra causa, a não ser a infecção e estado inflammatorio dos diverticulos, poderá explicar.

Os diverticulos, ao que parece, iniciaram, ha pouco, seu processo infeccioso, e dahi, a ausencia dos signaes radiologicos que de

ordinario acompanham as diverticulites. Aliás, já havíamos assinalado que em muitos casos a imagem do diverticulo não trahe a infecção que nelle se processa. Só mesmo nos casos já antigos, é que o diverticulo infectado perde seus caracteres habituaes.



Cliché n.º 4

Mesmo caso do cliché anterior. Radiographia tomada após esvaziamento do colon.

No nosso caso, o unico signal de reacção, é o estado espasmódico do colon, mas muito attenuado, pois nos casos avançados de diverticulite esse espasmo se oppõe muitas vezes á progressão da lavagem opaca, forçando o operador a recorrer a uma therapeutica antiespasmódica.

Nos casos subagudos a inflammação evolúe mais lentamente, invade pouco a pouco as differentes camadas do diverticulo;

constitue-se uma peridiverticulite que determina a formação de adherencias com os órgãos vizinhos, de modo que, quando chega a phase suppurativa, a collecção se abre em um daquelles órgãos, aos quaes tinha adherido, e assim se forma uma fistula. Um dos typos mais communs de fistulas é a sigmoideo-vesical. Bryan em 42 casos de fistulas desse typo, por elle examinados, verificou que em 22, a causa era uma diverticulite da sigmoide. Mayo, na sua clinica, encontrou uma proporção muito menor; só 17 % dos casos por elle operados eram devidos á diverticulite. Seja como fôr quanto á frequencia, o facto é que as diverticulites pódem determinar a formação de fistulas deste typo. Reproduzimos aqui um cliché, tirado da obra de Pauchet — *La Pratique Chirurgicale Illustrée*. (v. cliché 5).

A bexiga está presa ao colon por adherencias. Uma fistula de origem diverticular põe os dois órgãos em comunicação.

Mas nem sempre a collecção purulenta segue essa via, e a fistula pôde se abrir na pelle, na propria cavidade pelvica...

Tal é o caso publicado por Upson e Mac Gregor, e que trasladamos para aqui resumidamente.

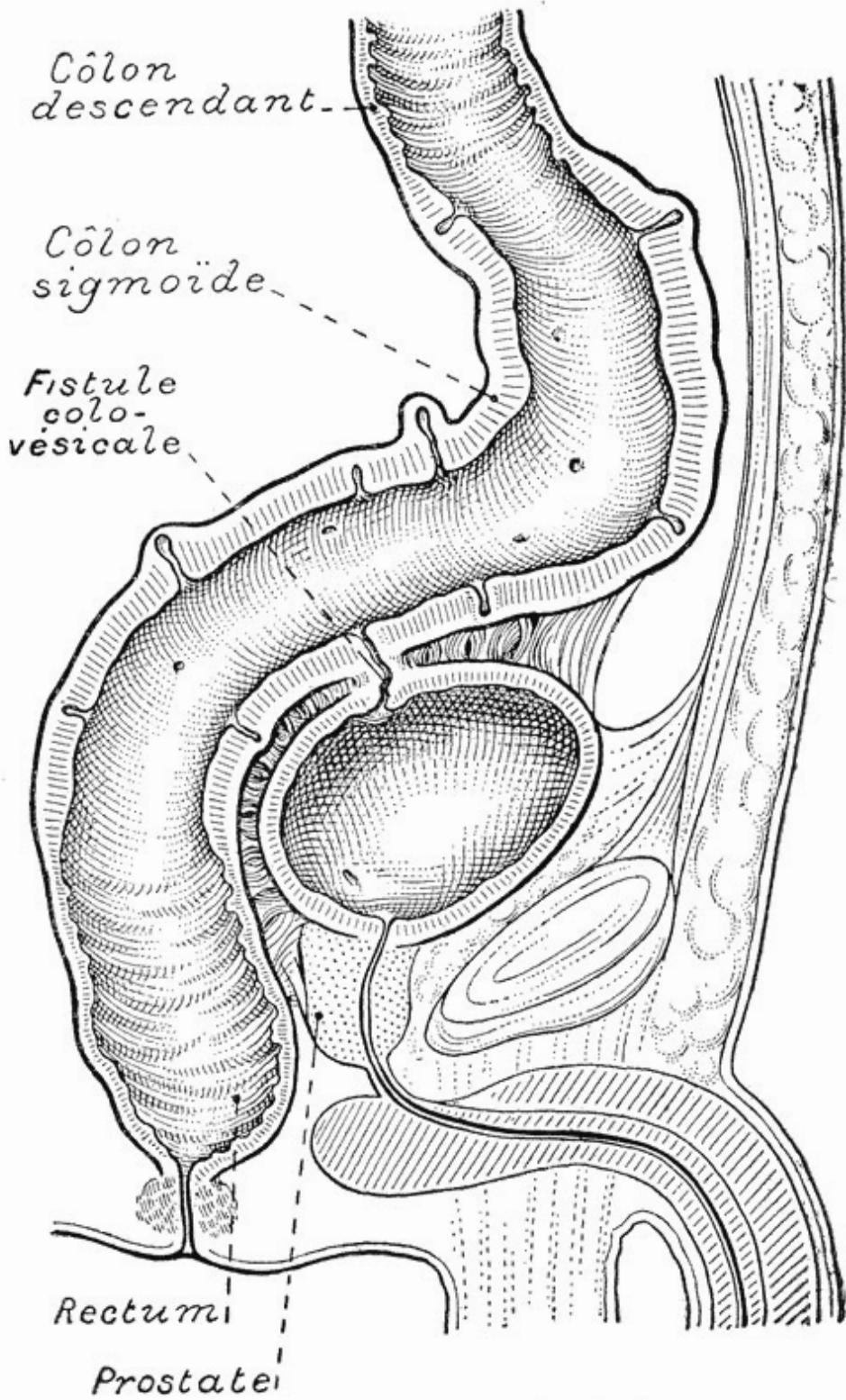
— Trata-se de uma paciente de 63 annos, que tres annos antes fôra atacada de uma violenta dôr abdominal, localizada á esquerda, principalmente na parte inferior, e que se irradiava, por cima da symphyse do pubis, na direcção da linha mediana.

Havia hyperesthesia cutanea. A dôr durou 2 dias.

Não appareceram nauseas, nem vomitos. Não se notou a presença de nenhuma massa *i o c o d o l e n t i*. Nos 3 annos seguintes os ataques se repetiram duas vezes por anno. Ultimamente a dôr voltou, repetindo-se duas noites successivas, com os mesmos caracteres de antes, apenas de maior intensidade. Não havia nenhuma massa perceptivel á apalpação. Abdomen tenso e sensivel á exploração manual.

O exame radiologico veio pôr em evidencia numerosos diverticulos, distribuidos ao longo do colon, principalmente na sua metade distal. Ao nivel do colon descendente e illiaco notou-se um espessamento consideravel da parede, estreitamento da luz, e, em certos pontos, verdadeira constricção. Além disso, havia um espaço cheio de gaz, situado para fóra do colon, na fossa illiaca esquerda, medindo 4 pollegadas no seu maior diametro. (v. cliché 6).

Mais tarde, essa bolsa se encheu de baryo, que foi retido por longo tempo. A laparatomia confirmou todos esses dados. Conclusão — Diverticulite; abcesso extracolico devido á ruptura de algum diverticulo.



Cliché n.º 5 (eschema de Pauchet)

Fistula sigmoïdo vesical consecutiva á abertura de um diverticulo na bexiga.

No segundo typo da classificação de Telling, os symptomas predominantes são os de espasmo. A retenção dos residuos nos saccos diverticulares entretem um estado de irritação permanente, o qual, aliás, pôde, dum momento para outro, causar accidentes de caracter agudo.



Cliché n.º 6

Diverticulite colica. Abscesso extra-colico consequente á ruptura de algum diverticulo.

Finalmente, em outros casos a diverticulite se manifesta pela formação de pseudo tumores. Geralmente, nessa eventualidade os diverticulos se acham agrupados.

O processo peridiverticular, e a consequente reacção conjunctiva nos tecidos vizinhos, tendem a produzir um tumor, pelo simples facto do agrupamento dos diverticulos. Uma das melhores características desses tumores de origem diverticular é a intermitencia: o tumor é percebido num exame, desaparece no dia seguinte, para reaparecer logo depois. Trata-se de uma modalidade de marcha chronica, com symptomas de constipação. A inflamação do colon dá lugar ao endurecimento de suas paredes, e supressão das contracções normaes; junte-se a isso a producção de pseudo-tumores, e comprehender-se-á que estáse fecal se produz. A's vezes a marcha chronica é entrecortada por crises diverticulares agudas, ou por pequenas crises de oclusão intestinal aguda. Ha casos, mesmo, em que esta oclusão constitue o primeiro signal evidente de uma diverticulite que até ahí passára despercebida.

Relatemos aqui uma outra observação nossa, tirada da clinica do Dr. Braga Pinheiro ..

2.^a observação

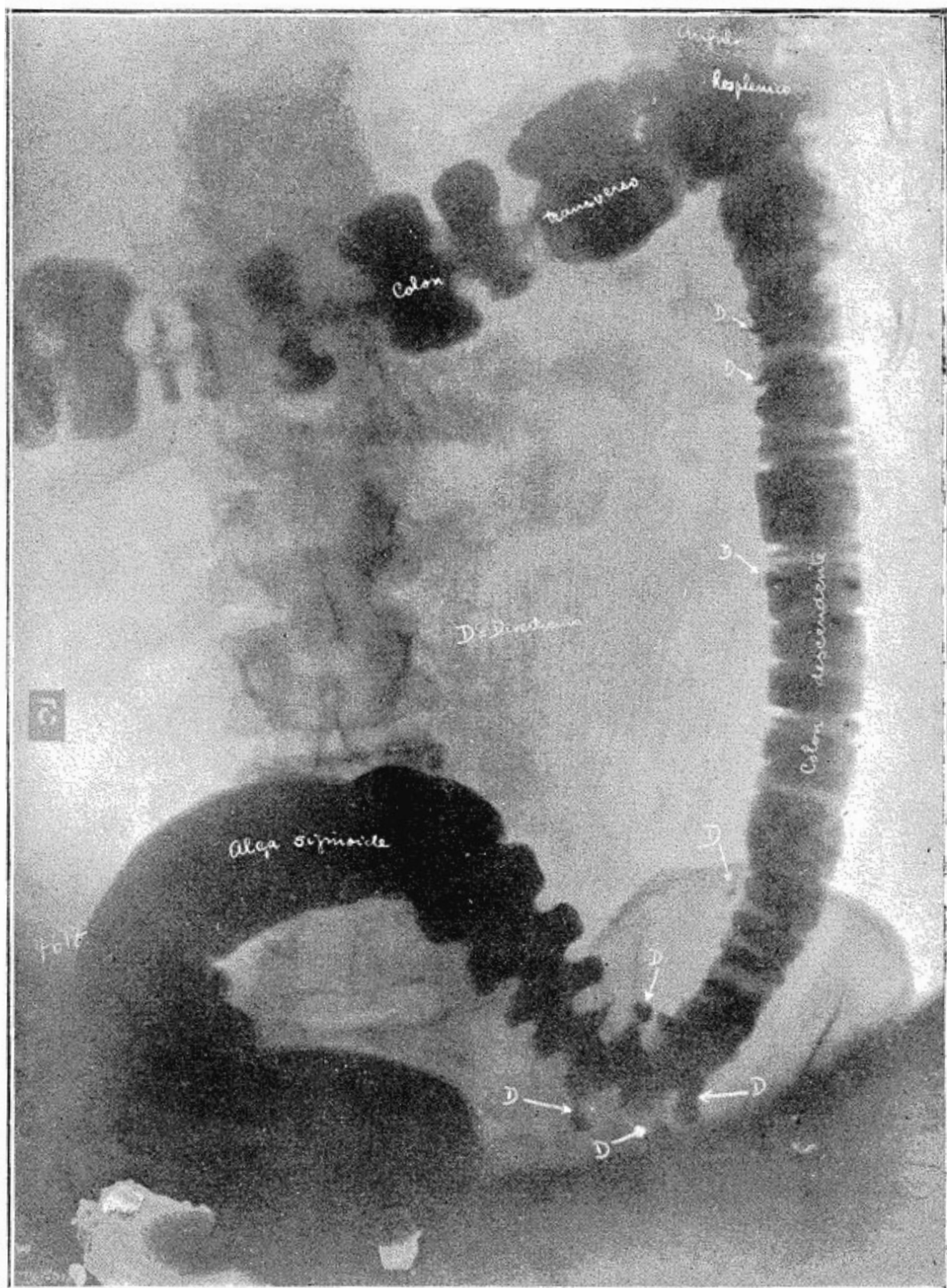
— G. V., 62 annos. A historia passada nada apresenta que nos possa interessar. Ultimamente havia se manifestado um syndroma dysenterico typico-constipação, colicas, tenesmo rectal e evacuações mucosanguinolentas. Instituido que foi o tratamento pela emetina e yatren, o doente melhorou, mas installou-se uma pertinaz constipação, que culminou numa crise de grave oclusão. O paciente experimentou então dôres violentas ao longo do colon descendente, parada completa das materias e dos gazes, e reacção febril. Esses symptomas se corrigiram ao fim de vinte e quatro horas, espontaneamente. Foi feito então o exame radiologico, por meio da lavagem opaca. (clichés 7 e 8).

A ampoula rectal e a alsa sigmoide se encheram normalmente, sem provocar dôr. Volume e contornos de aspecto normal. O colon descendente deu livre transito á solução opaca, enchendo-se rapidamente até o angulo esplenico. Logo depois, o colon descendente contrahe-se, e permanece em estado espasmodico. O colon transverso e o angulo hepatico se enchem normalmente.

A ampoula rectal, a alsa sigmoide e o colon descendente, são facilmente mobilisaveis. No acto do exame a apalpação não provoca dôr. As radiographias revelam a presença de diversos diverticulos localizados na alsa sigmoide e colon descendente. (v. clichés 7 e 8).



Cliché n.º 7
Diverticulos da alsa sigmoide.



Cliché n.º 8

Mesmo caso do cliché n.º 7. Estado espasmodico do colon descendente. Numerosos diverticulos no colon descendente e alça sigmoide.

A crise de occlusão é explicavel pela diverticulite do colon descendente e da sigmoide, e talvez fosse facilitada pelo processo agudo de que o colon havia sido séde anteriormente.

Passemos agora a estudar resumidamente os signaes radiologicos, que, de ordinario, acompanham as diverticulites.

A imagem radiologica do diverticulo é ainda o elemento principal para o diagnostico, mas este não é tão simples como poderia parecer á primeira vista.

Por um lado, já sabemos que as imagens diverticulares pódem não dar indicação alguma sobre o processo inflammatorio de que são presa os diverticulos.

Doutra parte, não basta descobrir a sombra dos diverticulos para affirmar a condição de diverticulite.

O conhecimento dos signaes clinicos vem facilitar em parte o esclarecimento do problema, sobretudo naquelles casos em que a inflammação não fez ainda o diverticulo perder seus caracteres habituaes.

De ordinario, o processo inflammatorio não se limita exclusivamente aos diverticulos, mas repercute sobre a porção do colon, onde se implantam, e determina deformações na imagem radiologica daquelle orgão, o que permite reconhecer a sua existencia.

Frequentemente apparece um estado de espasmo, de ordinario pertinaz, e que para Bécélère e Porcher tem um alto valor quando não cessa sob a influencia da belladona.

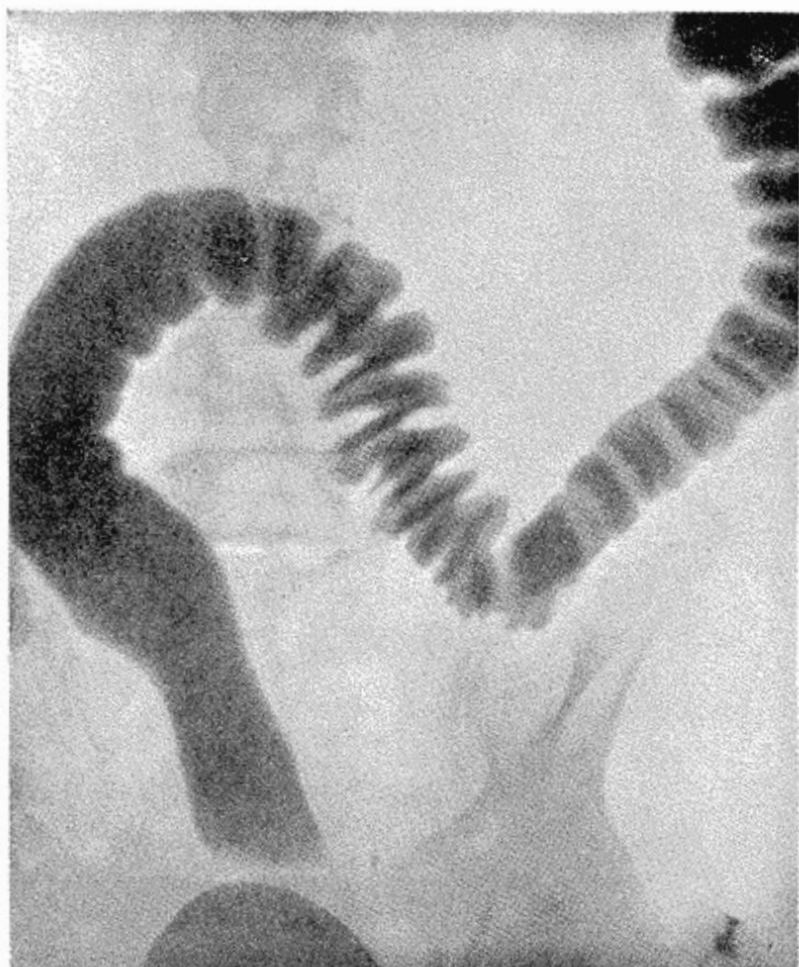
A' exploração radioscopica pódese verificar que o colon se torna duro, rijo, o que é um effeito não só do espasmo, como tambem da infiltração das suas paredes. Commummente vem se juntar a isso uma redução de calibre, um estreitamento da luz do orgão na porção affectada.

Os contornos do colon se modificam: desaparece a segmentação normal, tornando-se liso o seu perfil.

Outras vezes, encontra-se o colon, estreitado, apresentando um contorno denteado, cheio de pequenas pontas finas com o typo de dentes de serra, as quaes não mudam de fórma nem de tamanho, sob o cran. E' o chamado estado prediverticular, descripto por George e Leonard. Já nesse periodo se nota muitas vezes um certo gráo de irritação do colon.

Não se deve confundir com o estado prediverticular um aspecto semelhante, em que o contorno do colon se torna irregular, eriçado de anfractuosidades. E' um signal de colite, e nada tem que ver com o estado antes descripto.

Nas fôrmas hyperplasticas, não é raro encontrar-se algum defeito de enchimento, o qual, aliás, pôde dar lugar a sérias dificuldades diagnosticas.



Cliché n.º 9

Diverticulose colica. Exame pelo methodo do completo enchimento.

Diverticulite e neoplasma do colon

E' esse incontestavelmente um dos pontos mais importantes, que deva ser considerado no diagnostico da diverticulite.

A diverticulite na sua fôrma hyperplastica não só occasiona defeitos de enchimento na imagem do colon, como pôde dar logar á formação de um tumor perceptivel á apalpação, e que vae, talvez, induzir a erro, fazendo crer na existencia de um neoplasma

Demais, está longe de ser rara a associação de diverticulite com neoplasma: a proporção dos casos de diverticulite com essa associação, atingiu na clinica de Mayo a taxa de 15 %. Alguns autores foram mesmo levados a pensar que a diverticulite constituiria um factor predisponente com relação ao cancer, pelo facto de ser uma causa de irritações permanentes, constantes. Para Wilson, o processo inflammatorio desencadearia a degeneração de caracter maligno, determinando verdadeiras soluções de continuidade no tecido epithelial do intestino.

Em alguns casos, o estudo de certos caracteres permittiria estabelecer a natureza do tumor. O tumor canceroso é de ordinario mais limitado que o de natureza diverticular. Este ultimo toma a fórma cylindrica, frequentemente em salsicha, e já observamos atrás que é intermittente, o que não acontece com o outro.

De um lado, a associação frequente dessas duas affecções, de outro a falta de signaes clinicos caracteristicos, tornam extremamente difficil, em certos casos, o estabelecimento de um diagnostico differencial puramente clinico entre diverticulite e neoplasma do colon.

Para tal fim, impõe-se o exame radiologico.

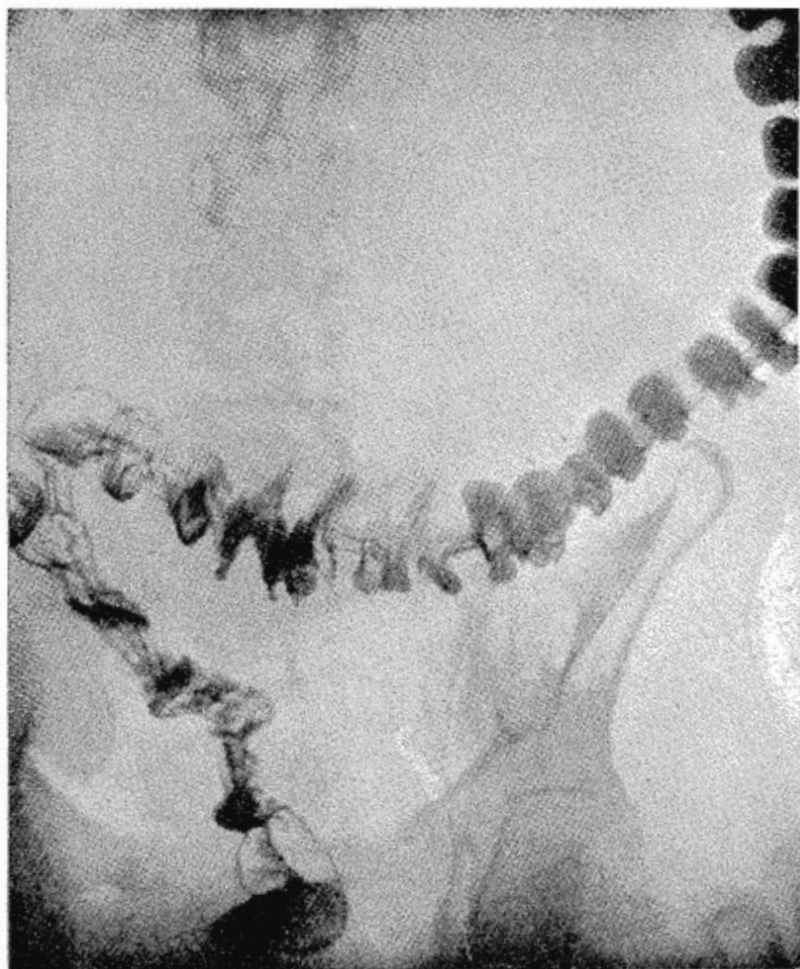
Em alguns casos o exame radiologico é absolutamente decisivo, revelando os signaes caracteristicos da diverticulite e excluindo de modo formal qualquer indicio de infiltração neoplasica; em outros a radiologia affirma seguramente o diagnostico de neoplasma e exclúe a possibilidade de diverticulite. Infelizmente, porém, nem sempre o exame radiologico permite firmar uma opinião decisiva com relação á natureza do processo etio-pathogenico da affecção do colon, quer seja ella exclusivamente determinada por cancer, ou por diverticulite, ou ainda por associação de uma e outra.

Entretanto, depois de posta em pratica a technica da relevographia da mucosa digestiva pelo methodo de Forsell Berg, pôdem-se considerar reduzidos a uma cifra minima os casos clinicos em que a exploração radiologica não permittirá um diagnostico positivo, quer affirmando a presença de minimas alterações neoplasticas precoces da mucosa do colon, quer verificando a integridade da mesma e, portanto, eliminando das conjecturas a hypothese de cancer.

Não se pôde, apesar disso, deixar de reconhecer a existencia de casos em que, aos primeiros exames não será possivel estabelecer uma perfeita differenciação entre os factores determinantes do estado pathologico do colon.

Nesses casos o clinico e o radiologo ficam no dever de reite-

rar as pesquisas, sobretudo após administração de uma therapeutica sedativa dos phenomenos de irritabilidade do colon, recorrendo então á pratica da boa technica do exame radiologico: exame por ingestão, exame pelo methodo do completo enchimento do colon após lavagem opaca, exame após evacuação da substancia opaca, de accôrdo com o methodo relevographico.



Cliché n.º 10

Mesmo caso do cliché anterior. Methodo relevographico. Note-se, em comparação com o cliché n.º 9, a muito maior visibilidade dos divertículos.

Com o fim de permittir uma impressão dos ensinamentos fornecidos pela relevographia da mucosa do colon em casos de diverticulite e de cancer transerevemos, data venia, do notavel livro de H. H. Berg (Röntgenuntersuchungen am Innenrelief des Verdauungskanales) alguns clichés, cujas legendas orientam sobre a interpretação clinica. (v. clichés 9, 10, 11, 12 e 13)

Diverticulite e colite

As diverticulites tomam muitas vezes, a andadura clinica de certas colites, de modo que o conhecimento dos signaes clinico radiologicos dessas ultimas, é materia de relevancia para o nosso estudo.

Muitas vezes, numa colite se associam signaes de hypertonicidade com signaes de atonia e dilatação.

E' frequente encontrarmos casos de espasmo do colon descendente e alsa sigmoide, ao lado de dilatação e atonia do caecum e e colon ascendente. Esse estado espasmodico póde realizar verdadeiras amputações na columna barytada, e emquanto o material opaco se accumula nas primeiras porções do colon, o descendente e a sigmoide permanecem contrahidos e vazios total ou parcialmente.

O paciente com um colon espasmodico de um lado e atonico de outro, póde apresentar diarrhéa, que faria pensar num accelearamento do transito, quando realmente existe uma constipação, que o exame radiologico póde facilmente por em evidencia.

As primiras porções do colon, graças á dilatação e atonia de que são séde, permittem o accumulo consideravel de materias, ao seu nivel.

Mas á medida que ellas vão attingindo o descendente e sigmoide, estes reagem, em virtude da sua grande irritabilidade, tendendo a expulsal-os, de modo que a diarrhéa coexiste ao lado duma constipação.

São signaes de atonia, o alargamento do colon, cujo contorno se torna muito levemente segmentado, quasi liso.

A capacidade do orgão augmenta. Signal cinetico é a hypomotilidade do orgão, com demóra do transito.

Se bem que possa realizar esse syndroma, o mais das vezes a diverticulite toma a fórmula de colite espasmodica hypertonica.

Ao exame radiologico, encontra-se um espasmo accentuado, que com a infiltração das paredes, dão ao colon o aspecto liso, e occasionam uma redução de calibre. Ha signaes de hypermotilidade, e a sombra do baryo toma uma fórmula irregular de cordão. Ao lado disso encontrar-se-ão as sombras caracteristicas dos diverticulos, e signaes de aerocolia.

Não insistiremos sobre os signaes clinicos, pois em geral não nos permittem dizer, em ausencia de sombras diverticulares, se a colite é causada ou não por uma diverticulite, que não fez ainda sua prova.

A inflamação dos divertículos pôde também dar lugar a uma colite ulcerosa grave de lesões profundas.

Observam-se, então, dores muito vivas, sob a fôrma de crises; constipação, alternando com surtos diarrheicos; tumefacção do ventre; dor á apalpação ao nivel da região do colon, que é séde do processo; febre, hyperleucocytose, e ás vezes a presença de um tumor; em summa, são os symptomas que realisam o typo appendicular da classificação de Telling.

Ao exame radiologico verifica-se que o baryo não adhire ás partes lesadas, e as atravessa muito rapidamente sem distendel-as; ellas tomam o aspecto de leve sombra ou véo.

Nas fôrmas chronicas, essa modalidde de colite por diverticulite occasiona um syndroma estenosante; é o typo hyperplastico da classificação á que alludimos.

Verifica-se então um estreitamento da luz do colon, perda da segmentação normal, motilidade rapida, exaggerada, e ás vezes fôrma de salsicha do segmento atacado; notam-se, outrosim, entalhes, dentaduras, etc.

O aspecto tigré, assignalado por alguns auctores, pôde apparecer em consequencia de lavagens mal preparadas ou mal administradas. Entretanto, afastada essa causa de erro, constitue elle um bom signal, dada a frequencia do seu apparecimento nessas fôrmas de colite.

Tanto num caso com noutro, affirma-se claramente a importancia do exame radiologico, pois é elle que permite descobrir as imagens diverticulares, e relacionar o syndroma á sua verdadeira causa.

Faremos em seguida algumas considerações sobre as colites especificas — tuberculosa, actinomyeocica, syphilitica.

Diverticulite e Actinomyose

O diagnostico entre diverticulite do colon e actinomyose não offerece realmente grande difficuldade. A actinomyose ocorre communmente no caecum. Essa differença na séde acarreta naturalmente uma differente localisação nos phenomenos dolorosos. Jámais se observam symptomas de obstrucção aguda ou chronica nos casos de actinomyose. A evolução é também differente: começa por signaes banaes de enterite; mais tarde se fôrma um tumor na séde do mal. O ultimo periodo é o da fistulisação.

Ao exame radiologico se encontra perda local das bossas, fixação da parte attingida, ausencia de dilatação. Observa-se além

disso que as paredes do colon se tornam planas, e ás vezes apresentam lacunas, ligadas á infiltração.

Diverticulite e syphilis do colon

E' extremamente rara a localização da syphilis ao nível da alsa sigmoide, ponto de eleição das peridiverticulites. Em geral, na syphilis do colon ao lado da diarrhéa, nota-se catarro muco purulento, e ás vezes sangue nas fézes. A perda de peso é muito precoce, e póde haver positividade da reacção de Wassermann.

Como signaes radiologicos mais frequentes é de observar-se a desaparição das bossas do contorno do colon, o estreitamento da luz do intestino, motilidade exaggerada, espasmo e presença de gases. Não se observa dilatação acima nem abaixo da parte lesada.



Cliché n.º 11

Mesmo caso dos clichés nº 9 e 10. Imagem relevographica de alguns diverticulos.

Diverticulite e tuberculose do colon

A tuberculose colica, tanto na sua fórmula hyperplastica como na ulcerativa se localisa preferentemente sobre o caecum e colon ascendente.

Na ultima fórmula nota-se diarrhéa precoce, e muco e puz nas

fézes; o apparecimetno de sangue é raro. As dôres abdominaes são precoces, e a principio tomam o typo nevrálgico; o mais das vezes se localisam sobre o caecum e região peri umbilical. Anorexia, nauseas e vomitos são symptomas sem grande significação.

Quando o peritonio é attingido pelo proceso, apparece ascite.

O orgão, examinado sob o ecran, se nos mostra com um contorno liso, e estreitado em virtude de um espessamento das suas paredes. A porção affectada se desembaraça rapidamente da substancia opaca que a alcança. Verifica-se quando se dá o enema que o orgão se enche irregularmente, e logo que a pressão diminue, o colon se esvazia. Esse signal, embora possa ser encontrado em outras affecções, tem um grande valor, sobretudo quando ha localisações tuberculosas em outros pontos do organismo. O espasmo é commum, e está sob a dependencia de lesão da mucosa. A infiltração das paredes pelo processo tuberculoso, e o espasmo superajuntado vão até o ponto de determinar, ás vezes, verdadeiras soluções de continuidade na sombra do orgão.

Quanto á fórma hyperplastica, em casos raros o colon descendente e a alsa sigmoide pódem ser interessados. Em periodo inicial, a doença póde se manifestar por dôres vagas e descargas diarrheicas, alternando com periodos de constipação. Deste ponto a evolução póde se proseguir para a caseificação, o que é raro, ou para a oclusão, que é o caso mais commum. Essa sobrevem em periodo avançado do mal.

Radiologicamente, nota-se deformação da luz do intestino, em consequencia da invasão por tecido fibroso. Mobilidade limitada ao nivel do segmento affectado. A's vezes, signaes de obstrucção. Leves defeitos de enchimento.

Como se vê não ha signal propriamente caracteristico de nenhuma dessas colites especificas, e só o estudo dos signaes clinicos de cada caso permittirá positivar conclusões em face dos dados radiologicos.

Diverticulite e pericolite

As diverticulites são uma fonte de pericolite, ou melhor de perisigmoidite. E é natural que assim seja, pois a inflammação do diverticulo não lhe poupa as camadas exteriores. Para alguns autores, o processo seria primitivamente localisado fóra da mucosa: tratar-se-ia realmente de uma peridiverticulite.

Suppuradas, essas pericolites dão lugar ás fistulas, de que já fallamos anteriormente.

Nas fórmias plasticas, o diagnostico é difficil, pois faltam em geral, os caracteres de certeza, a menos que se trate de um caso já avançado. Assim, pois, serão cuidadosamente observados o modo de enchimento, os contornos, a mobilidade do orgão ou segmento, as angulações que por acaso existam, e finalmente a posição. Para determinar as variações desta ultima, é muitas vezes de real utilidade tirar chapas, fazendo variar a posição do paciente. Não é raro observar-se um aspecto particular da sigmoide, que se dobra formando um todo indissociavel a cavalleiro do recto. E' bastante frequente a co-existencia de signaes de aerocolia e pericolyte.

Cabe ás pericolites plasticas a responsabilidade pela formação dos chamados diverticulos por septamento, que poderiam complicar ainda mais o problema do diagnostico das diverticulites, se não fôra a extrema raridade de sua apparição ao nivel de sigmoide e colon descendente.

A perisigmoidite ou pericolite, representa aqui como alhures uma reacção defensiva, de papel muitas vezes salutar, pois limitando a suppuração se oppõe á sementeira do peritonio, a qual poderia ser fatal.

Diverticulite e oclusão

Já vimos que uma diverticulite pôde ser causa de uma oclusão aguda, ou originar um syndroma de obstrucção chronica. Estudámos então succintamente o mecanismo por que se processa a oclusão ou a obstrucção.

No caso de oclusão, trata-se mais duma perturbação funcional em que intervêm, como factores preponderantes, a perda da elasticidade do orgão, a diminuição da sua capacidade funcional, a redução do calibre, e finalmente e sobretudo o estado espasmódico superajuntado. Esses factores se oppõem ao transito fecal, e dum momento para outro, pôdem, sob certas influencias, determinar uma crise aguda.

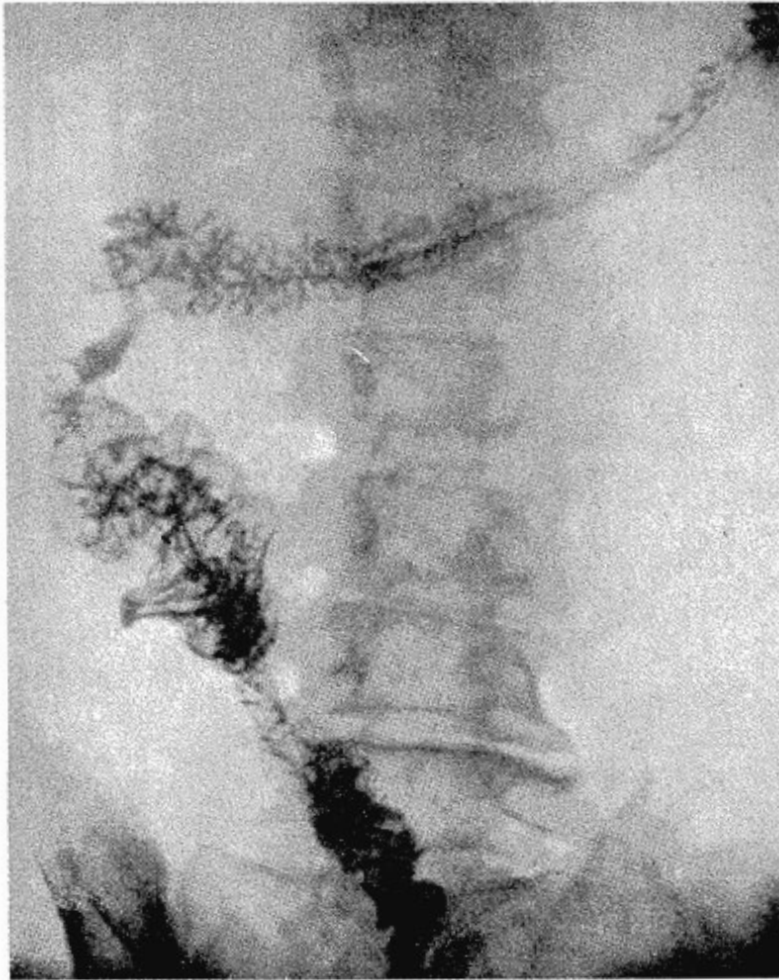
No outro caso, o principal factor é o obstaculo representado pelo tumor, cuja acção sobre o transito fecal é, aliás, facilitada por espasmos. . .

A situação e fórmula anatomica da sigmoide explicam a frequencia desses phenomenos obstructivos nos casos de sigmoidite por diverticulite.

Deve-se recorrer nesses casos á lavagem, pois o liquido ingerido em geral se fragmenta, e não attinge, por isso, a séde da obstrucção.

Diverticulite e appendicite

Já é do nosso conhecimento que a diverticulite nas suas formas agudas pôde realizar um syndroma perfeitamente comparavel á crise de appendicite aguda, tanto nas suas manifestações actuaes, como na evolução ulterior dos accidentes. Foi Ball quem obser-



Cliché n.º 12

Methodo relevographico. Cancer colico.

vou por primeiro um caso de diverticulite com perfuração. Em alguns casos o processo inflammatorio evolúe para a gangrena, e em outros, se propaga ao peritoneo. A semelhança é perfeita, e só o exame radiologico poderia decidir da questão mostrando se realmente ha ou não uma transposição do colon.

E passando por uma série de transições chega-se ás fórm

de diverticulite de marcha chronica, que se superporiam á fórma chronica da appendicite.

Aliás essa approximação se justifica tambem por ser mais ou menos identica a situação do paciente em ambos os casos.

A marcha chronica da diverticulite poderá ser entrecortada por phenomenos de caracter agudo, que, como na appendicite, pôdem conduzir a um exito lethal. Tanto na fórma aguda como na chronica, o prognostico é tornado sombrio pela contingencia a que está sujeito o paciente, de uma complicação peritoneal, e cujo advento não se pôde prever.

CAPITULO TERCEIRO

Concepção clinica da diverticulose e das diverticulites do colon

Nos capitulos anteriores ficou consignado que os diverticulos do colon pódem passar desconhecidos do medico, por serem, ás vezes, falhos de symptomas clinicos. Seu diagnostico é, então, uma verificação occasional por motivo de exame radiologico do aparelho digestivo, ou então uma descoberta no acto de uma laparotomia, ou de uma autopsia. A porção do colon onde se acham os diverticulos póde estar perfeitamente sã, tanto sob o ponto de vista clinico, como anatomo-radiologico. Tal é o caso typico de diverticulose.

Considera-se, portanto, como diverticulose do colon, a simples presença de diverticulos sem signaes e sem symptomas de ordem pathologica.

Não só em relação aos diverticulos do colon, como aos do esophago, duodeno, bexiga, etc., essas cavidades diverticulares, congenitas ou adquiridas, pódem existir tempo mais ou menos longo sem occasionar disturbios funcionaes do orgão de que dependem, passando, portanto, completamente despercebidas. Desde o momento, porém, em que por desenvolvimento exaggerado, por effeitos de compressão, de estase, de infecção, de inflammação, etc., se tornem centro de soffrimento e ponto de partida de disturbios locaes ou geraes, deixam de merecer a designação de pura diverticulose, passando ao estado de diverticulite.

De modo geral, a diverticulite traduz o diverticulo pathologico, emquanto que a diverticulose attesta apenas a anomalia anatomica.

Assim, pois, a differenciação é em parte baseada sobre o conhecimento dos symptomas clinicos, e comprehende-se bem que nem sempre será simples e facil traçar limites exactos entre um estado e outro.

Entretanto, graças ao methodo relevographico de Forsell-Berg, dispõe o clinico de informações detalhadas e subtis a res-

peito da estrutura da camada interna de revestimento do tubo intestinal. Desta maneira, é-lhe possível obter, além da verificação das imagens diverticulares, também dados positivos a respeito da integridade da parede intestinal.

A presença de imagens diverticulares ao lado de imagem normal da mucosa do colon exclúe naturalmente a possibilidade de diverticulite.

Ao contrario, a presença de diverticulos a par de estados espasmodicos do colon e de alterações mais ou menos profundas e extensas da camada de revestimento interno do colon e dos proprios diverticulos attesta um processo de ordem pathologica, infeccioso ou inflammatorio.



Cliché n.º 13

Mesmo caso do n.º 12.

Orientação therapeutica

A orientação a tomar no tratamento da affecção que estamos estudando, varia naturalmente segundo o gráo evolutivo da lesão, segundo a natureza das complicações, etc.

Não ha, em realidade, tratamento especifico.

Nos casos de diverticulose pura, como tambem nos casos de diverticulite pouco avançada, onde não haja signaes de suppuração, obstrucção chronica, nem tampouco fistulas, em todos esses casos benignos nos limitamos a um tratamento, que visa quasi ex-

clusivamente impedir o apparecimento da constipação, ou combatel-a se já existe.

Para tal fim, é recommendavel o uso do oleo mineral com ou sem agar, ou da parafina, em pequenas doses, dadas, porém, frequentemente, realisando-se assim uma drenagem suave do grosso intestino, no intuito de se impedir o accumulo de materias fecaes, que, como sabemos, é capaz de occasionar o apparecimento de phenomenos inflammatorios ao nivel do diverticulo, ou agravar seriamente os já existentes pela renovação continua, ininterrupta do processo irritativo.

A verificação duma melhora nos pacientes, portadores de diverticulite, nos dias subsequentes ao exame radiologico, praticado após ingestão da poção barytada, levou alguns auctores a tentarem a administração daquella substancia, como recurso therapeutico. Charles D. Enfield e Dudley Roberts são dos que usam esse meio. O ultimo dos dois autores citados diz ter obtido bons resultados, administrando uma ou duas vezes por semana largas doses dos preparados communs de baryo ou bismutho. A acção parece ser sobretudo notavel no que diz respeito ao elemento doloroso.

Para combater o espasmo do colon, que póde se tornar causa de constipação, é indicado o uso dos antiespasmódicos em geral, e entre elles os autores americanos destacam o luminal como capaz de dar excellentes resultados.

Foi lembrado tambem o emprego de lavagens intestinaes. Hanes usa alternadamente enemas de soluto de gelatina a 2 % e permanganato a 1^o/₁₀₀ nas doses de 8 a 10 grammas.

O regimen dietetico não deixa de ter importancia, pois d'elle depende a quantidade de residuos fecaes e a sua consistencia. A melhor dieta será a que der lugar á producção de residuos molles em abundancia, pois assim se previne, numa certa medida, a estagnação fecal ao nivel das cavidades diverticulares.

Ha casos em que o tratamento cirurgico se impõe de maneira formal.

A repetição um tanto frequente das crises agudas de diverticulite, seria, para alguns auctores, uma indicação do tratamento operatorio. V. Pauchet firma-lhe as seguintes directrizes: quando os diverticulos são multiplos fazer a resecção da porção do colon affectada; identica conducta se terá nos casos de pseudo-tumor; nos casos de oclusão, impõe-se a abertura dum anus artificial, seguida de resecção; o anus artificial é tambem indicado na cura das fistulas estercoraes; quando a diverticulite conduzir á formação de abcessos, é necessario abril-os e drenal-os; nos casos em que

os divertículos forem, muito pouco numerosos, e com mais razão quando fôr unico, praticar a excisão.

Conclusão

Por diverticulose do colon deve-se comprehender a presença de divertículos em estado de simples anomalia anatomica.

Pódem ser congenitos ou adquiridos; os primeiros são geralmente completos, isto é, formados pelas tres tunicas do colon. Os outros são representados pela mucosa que se insinua entre os elementos musculares, vindo fazer saliencia debaixo da serosa, e, por conseguinte pertencem á categoria dos falsos ou incompletos. A pathogenia dos divertículos não parece ser univoca. Em rarissimos casos seriam congenitos; em outros, tomariam origem na tracção exercida por adherencias, entre o colon e um orgão da vizinhança, cabendo-lhes muito bem nesse caso o qualificativo de cones de atracção. Finalmente, e é este o caso mais frequente, teriam por causa o augmento da pressão no interior do colon, associado a um enfraquecimento da resistencia da parede.

A retenção nas cavidades diverticulares de materias fecaes, de corpos estranhos, ou, então, a eclosão a seu nivel de processos infecciosos e inflammatorios, provocam os estados de diverticulite aguda, subaguda ou chronica.

A diverticulite significa o estado pathologico da diverticulose.

A diverticulite assemelha-se muito á appendicite, mas com localisação á esquerda da cavidade abdominal.

A diverticulite aguda grave, da mesma sorte que a appendicite aguda, póde desencadear peritonites circumscriptas ou generalizadas.

A intensa reacção espasmodica do colon, nos casos de diverticulite, póde ser causa de obstrucção do colon, ou originar phenomenos oclusivos. Dahi decorre naturalmente a importancia do diagnostico da diverticulite, afim de se chegar a uma exacta interpretação do mecanismo de certas oclusões, e de lhes applicar uma therapeutica adequada.

A diverticulite póde simular clinicamente a tuberculose intestinal.

As diverticulites graves, acompanhadas de reacções inflammatorias dos tecidos e orgãos vizinhos do colon, e de processo de hyperplasia do proprio tubo intestinal, exteriorizam-se pela pre-

sença de um tumor palpavel na região do colon, além dos symptomas e signaes habituaes. Nesses casos é possível, até certo ponto, a confusão com o cancer do colon.

O exame radiologico é em geral decisivo nas diverticulites: verificação das imagens diverticulares, reacção dolorosa e espasmodica nos segmentos portadores de diverticulos, signaes relevographicos de tumefacção, de espessamento, de rigidez, de retração da mucosa intestinal e da mucosa das cavidades diverticulares, segundo se trate de processos inflammatorios recentes ou antigos.

Graças á relevographia da mucosa intestinal pelo methodo de Forsell-Berg, reduzem-se a cifras minimas os casos de difficil differenciação clinica entre diverticulite e cancer do colon.

O exame radiologico das diverticulites deve ser completo e repetido tantas vezes quantas forem necessarias. Constará de um primeiro exame por ingestão da substancia opaca, completado por novo exame após lavagem opaca. Esta segunda exploração far-se-á em dois tempos: com o colon completamente cheio, e após evacuação da solução de contraste. Este ultimo expediente permite em geral a obtenção da imagem relevographica do colon.

Bibliographia

- E. Meriel — Affections Chirurgicales du Gros Intestin, 1924.
- A. Mathieu e J. C. Roux — Pathologie Gastro-Intestinale, tomo II, 1925.
- Russell D. Carman — The Roentgen Diagnosis of Diseases of the Alimentary Canal, 1921.
- James T. Case — The Roentgen Study of Colonic Diverticula (The American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy, vol. XXI, n.º 3.)
- L. P. Bottaro e P. A. Barcia — Diverticulos do Colon Sigmoido (Anales de la Facultad de Medicina, Montevideo — 1924).
- Charles D. Enfield — Diverticulitis of the Colon, with especial attention to the Diagnosis (Radiology — vol. VII, n.º 5, 1926).
- Frank W. Makeoy — Family Diverticulosis of the Colon (Radiology, Dezembro, 1926).
- W. O. Upson e A. E. Mac-Gregor — Roentgenological aspect of various types of Colonic Diverticula (Radiology — 1930. Nov.)
- Victor Pauchet — La Pratique Chirurgicale Illustrée. (Fasc. 4.º e 13.º). 1926 e 1929.
- P. Duval e J. Gatellier — Pathologie des Diverticules de l'Intestin. — Précis de Pathologie Chirurgicale — Tomo 4.º (Begouin, Papin, Bourgeois....) 1928.
- E. Forgue — Précis de Pathologie Externe. Tomo 2.º 1928.
- E. Stierlin y H. Chaoul — Diagnostico Röntgenologico del Tubo Digestivo. Trad. por Barges Carey — 1931.
- R. Bensaude — Colites et Recto-colites graves. (Nouveau Traité de Médecine — Roger, Vidal et Teissier, Fasc. XIV, 1924).
- R. Bensaude — Les Diverticules du Sigmoido — (Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique Appliquée — Sergeant, Ribadeau — Dumas, Babonneix, vol. XI, 1926).

- M. M a t t h e s — Diagnóstico diferencial de las Enfermedades internas. Trad. E. y A. Jaumandreu, 1930.
K e e n's Surgery — Vol. 4.º 1916.
B u t l e r — Diagnostics of Internal Medicine, 1922.
F. d e Q u e r v a i n — Traité de Diagnostic chirurgical — 2.ª ed.
F. B e z a n ç o n, M. L a b b é, L. B e r n a r d, J. S i c a r d — P r e -
c i s de Pathologie Médicale — Tomo VI, 1927.
H. B é c l è r e e t P. P o r c h e r — Le Diagnostic radiologique de
la Diverticulose Colique.
G a t e l l i e r, M o n t i e r, P o r c h e r — Radiologie Clinique du
Tube Digestif, vol. II, fasc. I, 1930.

Accita.

Porto Alegre, 28 Abril 1932.

Dr. Walter Castilhos

Secretario do Conselho Técnico-Administrativo.

CONCLUSIONS

Par diverticulose du colon on doit comprendre la présence de diverticules en état de simple anomalie anatomique.

Ils peuvent être congénitaux ou bien acquis, les premiers sont généralement complets, c'est à dire, formés par les trois tuniques du colon.

Les autres sont représentés par la muqueuse qui s'insinue entre les éléments musculaires, provoquant une protubérance au dessous de la séreuse, et, par conséquence appartiennent à la catégorie des faux ou incomplets.

Autrement dit cette distinction entre congénitaux ou acquis, complets ou incomplets, n'a pas grande importance pratique, puisque n'importe lequel de ces diverticules, peut devenir le siège d'un état inflammatoire et conduire ainsi à la diverticulite.

La pathogenie des diverticules ne paraît pas être unique. Dans de très rares cas ils seraient congénitaux; dans d'autres, ils seraient provoqués par la traction exercée par des adhérences, entre le colon et un organe voisin méritant très bien, dans ce cas, le qualificatif de cones d'attraction. Finalement, et c'est le cas le plus fréquent, ils auraient pour cause l'augmentation de la pression dans l'intérieur du colon, alliée à un affaiblissement de la résistance de la paroi.

La rétention dans les cavités diverticulaires de matières fécales, de corps étrangers, ou, encore l'éclosion à son niveau de procès infectieux et inflammatoires, provoquent les états de diverticulite aiguë, subaiguë ou chronique.

La diverticulite est l'expression de l'état pathologique de la diverticulose.

La diverticulite ressemble beaucoup à l'appendicite, mais avec la localisation à gauche de la cavité abdominale.

La diverticulite aiguë grave, de même façon que l'appendicite aiguë, peut déclencher des péritonites circonscrites ou généralisées.

L'intense réaction spasmodique du colon, dans les cas de di-

verticulite, peut être la cause de l'obstruction du colon, ou provoquer des phénomènes occlusives. De là écoule naturellement l'importance du diagnostic de la diverticulite, pour arriver à une interprétation exacte du mécanisme de certaines occlusions et de leur appliquer une thérapeutique convenable.

La diverticulite peut cliniquement simuler la tuberculose intestinale. Les diverticulites graves, accompagnées de réactions inflammatoires des tissus et organes voisins du colon, et de processus de hyperplasie du propre tube intestinal, s'extériorisent par la présence d'une tumeur palpable de la région du colon, en outre des symptômes et signes habituels. Dans ces cas il est possible jusqu'à un certain point, de les confondre avec le cancer du colon. L'examen radiologique est en général décisif dans les diverticulites: vérification des images diverticulaires, réaction douloureuse et spasmodique dans les segments porteurs de diverticules, signaux relevographiques de tumefaction, d'épaississement, de raideur, retraction de la muqueuse intestinale et de la muqueuse des cavités diverticulaires, suivant qu'il s'agit de processus inflammatoires récents ou anciens.

Grace à la relevographie de la muqueuse intestinale par la méthode de Forsell Berg, on réduit à des chiffres minima les cas de diagnostic difficile entre diverticulite et cancer du colon.

L'examen radiologique des diverticulites doit être complet et répété autant de fois qu'il sera nécessaire.

Il comprendra un premier examen par ingestion de la substance opaque, complété par un nouvel examen après lavage opaque. Cette deuxième expérience, sera faite en deux temps: avec le colon complètement plein et après évacuation de la solution de contraste. Ce dernier moyen permet en général l'obtention de l'image relevographique du colon.