

A DOR EM PROCTOLOGIA

DR. JOSÉ THIAGO PONTES

Proctologista do Ambulatório de Gastro-Enterologia da Santa
Casa de São Paulo. Serviço do Dr. Levi Sodré

A dor nas afecções proctológicas é um dos sintomas mais frequentes e da mais alta importância, devendo ser estudada com o máximo carinho na anamnese de cada caso em particular, justamente porque é sintoma subjetivo, em face do qual cada indivíduo reage de modo próprio; condicionado a fatores psíquicos e nervosos ligados a temperamento e tonalidade emocional de cada um, frequentemente difíceis de serem julgados. Pode, não raramente, conduzir a toxicomanias com todas as suas deastrosas consequências.

Tratando-se de sensação sumamente desagradável, a dor leva o doente ao consultório do médico dentro do mais breve espaço de tempo; e pena é, como diz RAFFO, que certas afecções, em particular as malignas, nunca ou quase nunca apresentam o seu início caracterizado por este sintoma, para que assim pudessem ser mais precoce e facilmente diagnosticadas e tratadas, então, de maneira mais segura e eficiente.

Para conhecermos o mecanismo da dor, em proctologia, um estudo, ainda que sumário, da inervação da porção terminal do intestino, canal, anal e anus, assim como das principais correlações nervosas entre estes e os demais órgãos da cavidade pélvica, torna-se indispensável. Neste particular, aliás como em embriologia e anatomia, devemos distinguir o segmento anal, do tracto reto-sigmoidiano do intestino grosso. De fato, a inervação do reto e sigmoide provem, na sua totalidade, do sistema nervoso vegetativo (compreendendo simpático, para-simpático e simpático visceral ou meta-simpático), cujas fibras nervosas, à maneira do que acontece para as demais porções do tubo digestivo, se distribuem a todos os estratos da parede reto-sigmoidiana — inclusive ao musculo esfíncter interno — dispondo-se nas duas rês nervosas de todos conhecidas: o plexo de Auerbach, entre a camada longitudi-

nal e a circular da túnica muscular, e, o plexo de Meissner na espessura da sub-mucosa.

As fibras do simpático proveem de sua porção abdominal (ou lombar) e de sua porção pélvica (ou sacra), através de dois de seus plexos: o *mesentérico inferior* e o *hipogástrico*.

O *plexo mesentérico inferior*, resultante da reunião dos principais ramos do plexo aórtico-abdominal (que por sua vez, é a continuação do plexo celíaco), se dispõe em torno da artéria mesentérica inferior, seguindo-a em todo o seu trajeto e ramificações, para se distribuir à porção esquerda do colo transversal, ao colo descendente, ilíaco e pélvico, e à parte superior do reto, onde se anastomosa com o plexo hemorroidário médio, dependência já, do plexo hipogástrico.

O *plexo hipogástrico*, também chamado plexo pélvico, é constituído pelos ramos anteriores dos gânglios do simpático pélvico e ramos viscerais do plexo pudendo. Destinado às vísceras contidas na cavidade pélvica, o plexo hipogástrico toma parte na inervação do reto, principalmente através de um de seus plexos secundários, o *plexo hemorroidário médio*, que acompanha a artéria hemorroidária média, indo tomar parte na inervação da porção inferior da empola retal e anus. Anastomosa-se, para cima, com o plexo mesentérico inferior e para baixo, com alguns filetes provenientes do pudendo e outros do plexo protático no homem, ou utero-vaginal na mulher.

As conexões nervosas que acabamos de mencionar estabelecem correlação mais ou menos íntima entre o reto e os órgãos da pequena bacia, e mesmo da cavidade abdominal, principalmente com as diversas porções do aparelho urinário. Este fato vem explicar os transtornos urinários e outros, dependentes de diferentes órgãos, e tão frequentes nas afecções ano-retais e vice-versa.

As fibras *para-simpáticas* viscerais são fornecidas pelos ramos viscerais das raízes anteriores do 2.º, 3.º e 4.º nervos sacros. Elas têm o seu núcleo de origem na "coluna médio-vertebral", situada na base do corno anterior, em seu lado ventral, e se estendendo desde o 2.º segmento sacro até o cone terminal.

Como se sabe, o para-simpático é motor da parede retal e inibidor do esfíncter interno, enquanto que o simpático é inibidor da parede retal, motor do esfíncter interno e também vaso-motor.

Apresentando tal tipo de inervação o reto e o sigmoide possuem, aliás, como as demais vísceras, uma sensibilidade especial que só se evidencia quando há estiramentos dos mesos por torção, distensões e espasmos. De fato, a mucosa retal, já há 2 ou 3 centímetros acima da linha pectínea é praticamente insensível ao tacto e aos estímulos térmicos; tanto que acima daquele nível ela poderá ser cortada ou cauterizada sem que o paciente perceba qualquer sensação dolorosa. Infe-

lizmente porém, é por esta mesma razão, que determinados processos patológicos poderão atingir estados muito adiantados de sua evolução, antes de causar qualquer sensação dolorosa que se existisse, certamente, levaria bem mais cedo o doente à consulta. Estes fatos veem chamar a nossa atenção para a necessidade de um exame endoscópico alto como rotina, pois, só assim poderemos surpreender processos de caráter grave, como por exemplo, as neoplasias, em pacientes cuja única queixa é muitas vezes, de simples hemorragias às evacuações; hemorragias essas, que poderiam ser atribuídas a mamilos hemorroidários internos que, por acaso evidenciássemos pelo simples exame anuscópico, ao qual inadvertidamente tivéssemos nos restringido. Algumas vezes, nem mesmo os tenesmos, tão característicos dos processos baixos, são referidos, principalmente se pouco frequentes e intensos. Outras vezes, com ou sem hemorragia, existe apenas sensação mal definida de plenitude e peso ao nível do reto; essas sensações, variedades da sensibilidade muscular despertada por estiramento da túnica muscular da parede, são bastante imprecisas e não são também referidas por certos doentes, que a elas atribuem pouca importância, impressionados que estão com as perdas sanguíneas que por ventura apresentem. Essas perdas sanguíneas são sempre atribuídas à "hemorroida" coexistente ou não com processos pouco mais altos e de gravidade muito maior.

Ao contrário do que acabamos de vêr para o reto e sigmoide, a inervação do anus e canal anal deriva preponderantemente do sistema nervoso cérebro espinhal, através dos *plexos pudendo e coccigeu*.

O *plexo pudendo* tem a sua raiz principal derivada do ramo anterior do 3.^o nervo sacro, que algumas vezes participa também da formação do plexo do mesmo nome, mas que em outros casos, pertence totalmente ao plexo pudendo. Além desta concorrem para a formação do dito plexo, o 2.^o e o 4.^o nervos sacros. Este último envia também fibras ao plexo coccigeu.

Assim constituído, o plexo pudendo está em conexão, não só com o plexo sacro, para cima, e coccigeu para baixo, mas também com o simpático pélvico, através de ramos comunicantes provenientes principalmente do 4.^o nervo sacro. O plexo em estudo, que apresenta como tronco terminal o nervo pudendo, fornece inúmeras ramificações laterais, que podem ser classificadas em: viscerais, musculares, sensitivas e mixtas.

Os *ramos viscerais*, fornecidos pelo 3.^o e 4.^o nervos sacros, são representados pelos nervos vesicais inferiores, hemorroidários médios e vaginais.

Os *ramos musculares* são em número de dois: um para o músculo insquiococcigeu, e, outro para o elevador do anus; ambos resultantes do 3.^o e 4.^o nervos sacros.

Finalmente, os *ramos sensitivos e mistos*, representados pelos nervos hemorroidários inferior e inferior medial da nádega. O hemorroidário inferior toma origem no 3.^o e 4.^o sacro, ou então, diretamente do pudendo; sai da pelvis pela grande chanfradura isquiática, contorna a espinha do mesmo nome, atravessa o tecido gorduroso da fossa isquio-retal, dirige-se para dentro e para diante em direção ao orifício anal. Termina resolvendo-se em vários filetes que vão inervar: os anteriores, a pele do períneo, onde se anastomosam com os ramos do mesmo nome do lado oposto; os médios, o orifício anal e revestimento cutâneo-mucoso do canal anal; e os posteriores o musculo esfíncter externo do anus.

O *ramo terminal do plexo*, isto é, o *nervo pudendo*, recebe fibras de todas as raízes; sai da bacia pela grande chanfradura isquiática, contorna a espinha deste nome, entra na fossa isquio-retal, corre num desdobramento da faixa obturadora sobre o musculo obturador interno e, ao nível da tuberosidade isquiática divide-se em seus ramos terminais: a) *nervo do períneo*; b) *nervo dorsal do penis* (ou do *clitoris*). Frequentemente, antes de se bifurcar dá origem ao nervo hemorroidário inferior, já descrito entre os ramos colaterais do plexo.

a) O *nervo de períneo* divide-se em dois ramos secundários: o *perineal superficial* e o *profundo*. Antes, porém, fornece: alguns filetes à parte anterior do musculo esfíncter externo e à pele que cobre este musculo; um ramo mais volumoso, o *nervo perineal externo*, que se perde na pele da prega entre a coxa e o períneo, anastomosando-se com os ramos perineais do nervo cutâneo posterior da coxa. Depois, o ramo perineal superficial resolve-se em seus ramos terminais, que se distribuem à pele do períneo, escroto e face inferior do penis (ou grandes lábios), anastomosando-se também com o cutâneo posterior da coxa e hemorroidário inferior.

O ramo profundo do nervo do períneo (*perineal profundo*) vai se perder nos musculos do assoalho pélvico e órgãos genitais externos.

b) *Nervo dorsal do penis* (ou do *clitoris*) destina-se, como seu nome indica, ao penis ou clítores.

O *plexo coccigeu* resulta da anastomose entre os ramos anteriores do 5.^o nervo sacro e 1.^o nervo coccigeu. A alça assim formada vem frequentemente ter um ramo resultante do 4.^o nervo sacro, que estabelece, deste modo, comunicações entre os plexos coccigeus e pudendo. O plexo coccigeu, aliás, como o plexo sacro, não toma parte direta na inervação da região de que tratamos; ele apenas, fornece ramos cutâneos para os tegumentos das proximidades da ponta do coccix, e mantêm como já vimos, relações anastomóticas com ramos do plexo pudendo e com a extremidade inferior do tronco simpático.

Possuindo inervação cérebro-espinhal tão rica, o anus e canal anal constituem zona altamente sensível. E, ao contrário do que acontece para o reto-sigmoide onde, como já vimos, dada a natureza de sua inervação, é possível a existência de lesões mais ou menos extensas sem a concomitância de qualquer sintoma verdadeiramente doloroso, no segmento anal, uma ulceração, por pequena que seja, pode provocar dores referidas como realmente atroses e cruciantes. Este fato vem chamar, mais uma vez, nossa atenção para a necessidade de um exame meticoloso, em doentes portadores de dor anal, porque, embora em boa parte dos casos, a lesão causa da dor seja facilmente perceptível, casos há em que existe a queixa de dor, e ao exame local, não encontramos processo algum capaz e suficiente para explicá-la, pelo menos à primeira vista. Em casos tais, devemos esmiuçar o nosso exame, procurando antes de mais nada, no próprio canal anal a existência de lesões, muitas vezes mínimas mas que podem desencadear dor intensa, dada a natureza altamente sensível da zona em que se assestaram, lesões que convenientemente tratadas veem trazer completo alívio ao paciente. Não devemos nesta ordem de idéias, nos esquecer de que o musculo esfícter externo possui inervação sensitiva própria; de sorte que os espasmos deste musculo, tornam-se por si sós, dolorosos ao extremo e estão quasi sempre presentes nos casos de lesão da região anal. Este espasmo doloroso do esfícter, esta esfícterálgia é, muitas vezes, a única responsável pelos sintomas dolorosos de que se queixa o doente, que terá seus sofrimentos afastados desde que tenhamos combatido a hipertonia esfícteriana. Por estas razões, o paciente que apresenta a queixa de dor anal, sem lesão facilmente demonstrável, em geral, já percorreu vários consultórios médicos; apresenta-se nervoso, de temperamento irracível, muito impressionável, sendo com frequência, injustamente rotulado de neurótico, histerico ou portador de uma nevralgia ano-retal, com cuja causa não atinamos. Muitas vezes, o seu estado psíquico e nervoso é o efeito e não a causa das dores que realmente sente. Nos casos mais difíceis devemos sempre ter a nossa atenção voltada para as papilas anais que embora não hipertrofiadas, de aspecto aparentemente normal, podem apresentar sensibilidades exagerada. O mesmo se diga em relação às criptas em cujo fundo pode se abrir pequena fistula interna; pequenas ulcerações encobertas pelas válvulas anais, ou situadas pouco acima e recobertas por dobras da mucosa. Um dos pontos que também deve estar presente ao executarmos o nosso exame, é a relação nervosa entre a região que nos ocupa e a bexiga, uretra, árvore urinária, genitais e anexos, relações que já deixamos entrever no esboço que fizemos da inervação, e cuja existência vem explicar os fenômenos de ordem reflexa referidos aos órgãos vizinhos nas afecções ano-retais e vice-versa. Devemos ainda fazer referência aos processos de neurite

Preparados Farmacêuticos

Temos a venda Marcas e Formulas licenciadas e incumbimo-nos de sua compra, venda, ou registro. LICENCIAMOS FÓRMULAS, PODENDO SER EXAMINADAS POR NOSSO TÉCNICO FARMACÊUTICO OU FORNECER FÓRMULAS. Legalizamos Laboratórios Farmacêuticos, fazemos quaisquer contratos, de instalação, de exploração, de propaganda, de fabricação

CONSULTEM-NOS SEM COMPROMISSO

A SERVIÇAL LTDA.

AGÊNCIAS REUNIDAS RIO DE JANEIRO E S. PAULO
Marcas — Patentes e Licenças de Preparados Farmacêuticos

Comestíveis — Bebidas — Etc.

Diretor Geral: ROMEU RODRIGUES

RIO DE JANEIRO	<i>Nosso lema: Servir,</i>	SÃO PAULO
CAIXA POSTAL, 3384	<i>sem nos servir</i>	CAIXAS POSTAIS
Rua São José n.º 49	<i>dos clientes</i>	3631 e 1421
1.º Andar		Rua Direita, 64 - 3.º And.

LABORATORIO KALMO LTDA.

Únicos distribuidores: VICENTE AMATO SOBRINHO & CIA.
Consultórios Científicos:

Prof. Dr. RUBIÃO MEIRA e Dr. A. MACIEL DE CASTRO

SÃO PAULO

FIGADO — FERRO — COMPLETO VITAMINICO B

HEMOFORT

PARA USO ORAL

RECONSTITUINTE

HEMOPOITÉTICO

OPOTERAPICO

VITAMINICO

INDICAÇÕES

Anemias. Convalescências. Estados de astenia neuromuscular

que poderão atingir os nervos sacros e que podem causar dores mais ou menos intensas referidas à esfera proctológica. O fato de tais dores geralmente, piorarem com a distensão do reto, pela passagem de fezes, por ocasião das evacuações, poderá nos trazer certa dificuldade, porque na grande maioria dos casos, a dor ligada às evacuações tem como causa, uma lesão quasi sempre do canal anal fácil de ser descoberta no exame de rotina. Só a palpação endo-retal trará a suspeita de processos semelhantes. É muito instrutivo o caso citado por Lockhart-Mummery, de um indivíduo vítima de uma forte gripe e que sentia ao nível do sacro e em volta do anus, dores bem intensas que só desapareceram após a cura completa da gripe.

Excluídos, porém, os casos das verdadeiras neuroses ou nevralgias ano-retais e alguns outros em que nem sempre é fácil o diagnóstico imediato, em geral o sintoma dor é bastante característico e perfeitamente explicável nas diversas afecções proctológicas dolorosas, muitas vezes mesmo patognômico de algumas delas.

Antes de passarmos em revista as afecções dolorosas do domínio da proctologia, digamos de passagem, que só despertará dor a lesão que preencha, pelo menos, um dos três requisitos: a) que deixe descoberto o derma ou comprometa os filetes nervosos dos 3 a 5 últimos centímetros do reto, do canal anal, ou do orifício anal; b) que provoque hipertonia dos esfínteres do anus, desencadeando as chamadas esfínterálgias, que vêm intensificar a dor da lesão causal; c) que provoque contrações exageradas (espasmos) das últimas porções do intestino grosso, determinando estiramento dos mesos e ligamentos pélvicos.

Abordaremos em primeiro lugar as *fissuras anais*, que apresentam em seu quadro, a dor como sintoma absolutamente dominante, e característico; dor do tipo paroxístico, que aparece no momento da defecação ou logo após, e é descrita como dando a sensação de queimadura intensíssima, por vezes lancinante e que é explicada pela passagem das fezes sobre as terminações nervosas sensitivas expostas ao nível da ulceração. Após este primeiro acometimento doloroso, desencadeado pelo ato da defecação e que cessa logo após, o paciente atravessa um período de acalmia de alguns minutos a meia hora. Em seguida a este intervalo, praticamente não doloroso, reaparece a dor, agora aguda, penetrante, terebrante, causada pela contração espasmódica do esfínter externo, que comprime as terminações nervosas da região. Essa segunda fase dolorosa diminui paulatinamente, dentro de um lapso de tempo variável, que geralmente dura horas. Esta intermitência da dor é típica da grande maioria dos casos de fissura e é descrita como tal, em quasi todos os tratados clássicos e frequentemente encontrada na prática. Entretanto, a explicação para essa fase silenciosa permanece ainda obscura, necessitando de um estudo mais sério

por parte dos que se dedicam à especialidade. Silvio D'Avila, em seu trabalho "Fissura anal, conceito e tratamento", ventila este assunto, citando Bodenhamer que se baseou em idéias de Van Buren e de Malyn, que absolutamente não satisfazem. Lastima o proctologista patricio a pobreza da literatura neste sentido, e confessa ter raras vezes constatado este período, como sendo de acalmia absoluta. Tece comentários interessantíssimos, baseado em estudos experimentais de Goltz e Ewald, Von Frankl-Hochwart e Froenlich, referentes ao comportamento do musculo esfíncter externo, que sendo como se sabe, estriado, se comporta como musculo liso frente aos estímulos elétricos e ação do curare. De fato, sabe-se hoje, graças aos estudos de Reuther que o esfíncter externo apresenta uma dupla inervação, resultante tanto das fibras cerebro-espinais como das fibras vegetativas, estas dispostas em duas redes: uma sub-epitelial, derivada da união do plexo sub-epitelial da pele com a da sub-mucosa retal e outra resultante do plexo inter-muscular de Auerbach, que tranpõe o esfíncter interno enviando filetes também ao esfíncter externo. Conclue o proctologista carioca, que talvez aí, baseada nestas constatações de Reuther, esteja a explicação para as características dolorosas da fissura anal. Em nossa experiência, temos a maioria das vezes observado a intermitência dolorosa, sendo o período intermediário apenas de acalmia e não de silêncio doloroso. Além destas dôres típicas, a fissura anal desencadeia, frequentemente fenômenos reflexos a distância, para o lado do utero e ovários (dismenorréas) por intermédio do nervo pudendo; para o lado da vagina (vaginismo) da bexiga (disurias); dôres para o lado do quadril, dorso e pernas, assim como para a região do cocix, que é o ponto de inserção de fibras do esfíncter externo (porção média ou superficial).

Nos *abscessos ano-retais* a dôr apresenta caractéres diferentes de acôrdo com a localização e volume atingido pelos mesmos. Assim, nos abscessos situados abaixo do musculo elevador (abscessos infra-elevadores), a dôr é sintoma de acometimento gradual, não relacionada à defecação, pelo menos de início. Trata-se de dôr constante, surda, apresentando, de acôrdo com o período da evolução do abscesso, o carater de latejamento, aumentando de intensidade à medida que o volume e a pressão interna do abscesso crescem, a ponto de tornar-se verdadeiramente insuportável, cruciante, principalmente à pressão do dedo que examina. Impede o paciente de sentar-se, incapacita-o para a marcha e agrava-se muitíssimo com o ato de tossir, e sobremaneira, com a defecação, devido a pressão exercida pelo bolo fecal em sua passagem pelo canal anal, sobre o tumor adjacente, assim como pelos estiramentos que as contrações do esfíncter provocam nos tecidos vizinhos. Se o pús se coletar logo abaixo do revestimento do canal anal,

tornando-se presa da garra do esfíncter, este fator e mais a escassês de tecido frouxo da região, no qual o pús possa se expandir mais livremente, veem grandemente aumentar a tensão local e, em consequência, a dôr. Em geral, quanto mais alto se estende o abcesso no canal anal, tanto mais intensa será a dôr. Nos abscessos isquio-retais principalmente, a dôr pode aparecer mesmo antes do abcesso tornar-se franco; isto graças a existência de tecido célulo-adiposo frouxo na fossa em questão.

Dôres e fenômenos reflexos à distância, os mesmos já referidos para a fissura, poderão ser desencadeados por estes abscessos.

Nos abscessos localizados acima do elevador (Supra-elevadores), sejam êles pelviretais, retro-retais ou sub mucosos, a dôr quase nunca aparece como carater agudo. O paciente, muitas vezes, apenas se queixa de sensação de latejamento ou dôr surda, pouco intensa, mais ou menos constante, e impressão de peso no reto, desejo frequente de defecar, sensação de repuxamento para baixo. Só mais tarde, quando ha irritabilidade dos elevadores, existe dôr durante o ato de evacuar. Nestes tipos de abscessos, ao contrário do que acontece para os infra-elevadores, não ha sensibilidade dolorosa à compressão moderada da região peri-anal.

Fenômenos reflexos à distância poderão também fazer parte do quadro sintomático destes abscessos tais como: tenesmos e retenções utinárias, e, principalmente se a coleção purulenta for retro-retal, dôr surda para o lado da região sacro-coccigiana, com irradiações para os membros inferiores.

Finalmente, quando o abcesso é pelvi-retal superior, o hipogastrio poderá estar bastante sensível, e, por vezes rígido, acusando reação peritoneal. Estes casos podem mesmo simular uma crise de apendicite aguda.

Hemorroidas — Os pacientes portadores de homorroidas internas não complicadas, quasi nunca referem em suas queixas dôr viva para o lado do reto ou anus. Pode haver apenas, sensação de plenitude ou peso no reto, falsos desejos de evacuar ou sensação de evacuações não satisfatórias. Todos esses fenômenos são, não raro, acompanhados de dôres surdas para o lado da região lombar e quadris, simulando um lumbago. Mesmo nos casos de prolapsos hemorroidários redutíveis espontaneamente, o paciente conta apenas, um certo grau de desconforto, que em absoluto não poderá ser classificado como sendo dôr. Esta só estará presente se houver trombose; caso em que esta pode se estender até a linha cutânea, zona em que a sensibilidade é, como se sabe, muito marcada. A dôr será contínua, pulsátil, cruciante, nos casos de trombose e prolapso não redutível, estabelecendo-se o quadro do pseudo-estrangulamento hemorroidário, de todos conhecido. A não ser nestes dois casos, não esquecendo os trombus hemorroidários ex-

ternos, todo o doente que se nos apresenta com a queixa de “hemorroidas” muito dolorosas, devem sugerir a pesquisa de lesões outras, que expliquem a dôr atribuída pelo paciente às “hemorroidas”.

Quando ha trombose e pseudo-estrangulamento, contribuem para o mecanismo de produção da dôr, a inflamação, a pressão sobre terminações nervosas locais e o espasmo esfíncteriano, e não só este último como querem muitos autores.

A variedade trombótica externa, é como deixamos entrever, muito dolorosa; dôr contínua, pulsátil, lancinante, que se agrava com a defecação, pela posição sentada, com o atrito produzido pelos movimentos da marcha, assim como por qualquer aumento da pressão intra-abdominal. A dôr nestes casos é desencadeada pela distensão e compressão das terminações nervosas.

As *fístulas ano-retais* são entidades que não causam dor, a menos que a drenagem se torne insuficiente ou nula, e um novo abscesso se desenvolva, repetindo-se o quadro pregresso; eventualidade aliás bem rara. Um certo desconforto na região e sensação de ardor, por irritação resultante da fricção das nadeegas, em presença do exsudato que flue do orifício fistuloso, constituem as sensações que mais se aproximam da dôr nos casos de fístula.

As *criptites* constituem afecções inflamatórias dolorosas. A dôr varia com a extensão do processo, podendo apresentar-se com o caracter de dôr surda e ardor e mesmo aguda e lancinante, por vezes pulsátil. Por outro lado uma criptite pode despertar apenas sensação de peso e desconforto retais, simulando processos mais altos e mesmo uma nevralgia ano-retal, quando as quaixas são vagas e o processo aparentemente pouco intenso. Todos êsses fenômenos, se agravam com a defecação e, em geral, devido a irritação local, podem acarretar espasmos esfíncterianos. Apresentam, em muitos casos as clássicas irradiações, semelhantes as que já vimos para outras afecções, principalmente, dôr que se irradia para os membros inferiores.

Ainda com relação às criptas anais, não devemos nos esquecer dos corpos estranhos, que aí poderão se localizar, causando, quasi sempre, dôr aguda, contínua, de início brusco, ocorrendo por ocasião de uma evacuação, e sem história pregressa de episódios semelhantes.

Geralmente, associada às criptites, principalmente se antigas, as papilas anais se hipertrofiam chegando a um estado de verdadeiras *papilites*, que também podem existir isoladas. As papilites só raramente chegam a produzir verdadeira dôr. Em geral, a queixa mais comum é a de sensação de corpo estranho no canal anal e mal estar mais ou menos intenso. De fato, se muito hipertrofiada, uma papila poderá sob fórmula de nódulo fibroso, exteriorizar-se durante a defecação e provocar então, dôr surda, embora seja mais frequente, sen-

sação de evacuação incompleta. Dôres vivas por ocasião das evacuações, são relativamente raras, e se diferenciam das dôres da fissura por serem momentâneas e passageiras. Fenômenos reflexos seguindo as vias dos últimos pares sacros são não raro, mencionados. Buie afirma não ter encontrado a sensação serpigínea ou de corpo extraño, referida por muitos autores como sintoma característico das papilites; nem sequer, o prurido mencionado por outros, e de caráter quasi constante (Raffó). Yeomans, por exemplo, cita uma estatística de Margarey que encontrou papilias hipertrofiadas em 13 de 53 casos de prurido tratados no Hospital São Marcos de Londres. Como ensinamento prático, porém, devemos guardar que sempre que as queixas apresentadas pelo paciente sejam mal definidas, associadas a prurido ou não, e ao exame local não encontramos processo algum que aparentemente possa explicar a sintomatologia, a origem de tudo poderá estar em umas pequenas papilas, que apresentam sempre uma sensibilidade exagerada em casos tais.

As *proctites agudas*, de causas diversas, quer como processo localizado, quer como parte de uma colite ou entero-colite, despertam aquele tipo especial de dôr, conhecidos de todos como tenesmos, ou puxos. Nas proctites muito intensas e prolongadas, bem como nos casos de dispepsias fermentativas, geralmente aparece um estado de anite, que desperta sempre sensação de ardor ou queimação anal, muito incomodativos.

Outra condição que pode ser causa frequente de tenesmos, pelo grau maior ou menor de proctite que, em regra, provoca é a *estase fecal* prolongada.

Os *cancros venéreos* quando se assentam no canal anal, constituem afecções bastante dolorosas. Não apresentam neste particular, nada de característico. Via de regra não apresentam a clássica intermitência da crise fissurária aguda, com a qual poderiam ser confundidos em seus aspectos iniciais, pelo menos.

Os *tumores* ou *neoplasias* da última porção do tubo digestivo, de um modo geral, só despertam dôr muito tardiamente. De início pode haver no máximo sintomatologia subjetiva bastante vaga e variável, tudo dependendo do ritmo de crescimento e localização do tumor.

Infelizmente a dôr só aparece como sintoma muito tardio, em geral, quando sobreveem complicações: invasão dos tecidos vizinhos com comprometimento dos troncos nervosos adjacentes; obstrução mais ou menos completa da luz intestinal, com o aparecimento de dôr do tipo obstrutivo, não mais referida ao reto e sigmoide exclusivamente, mas inteiramente abdominal; ulceração da superfície tumoral, que via de regra desencadeia tenesmos acompanhados de descargas sangui-

neo-purulentas resultantes de infecção secundária. Só mais tarde a dor passa a dominar o quadro, tornando-se lancinante, intermitente no princípio, e logo mais, constante o que leva, não raro, ao uso imoderado de entorpecentes.

A dor será mencionada como sintoma proeminente e mais ou menos precoce quando a neoplasia envolve ou é originariamente do canal anal. Note-se, porém, que esta ocorrência não impede que um Ca do anus possa atingir tamanho, por vezes considerável sem provocar dor. Esta quando existe pode apresentar todos os tipos de irradiações possíveis, e é devida à compressão e invasão que atinge os troncos nervosos da região. Nem mesmo os espasmos esfinterianos estarão presentes devido o comprometimento das fibras motoras do musculo. Assim sendo, sinais ou sintomas outros, que não a dor, levantarão antes a suspeita de uma neoplasia.

Em se tratando de dor em proctologia, de modo algum seria completo o trabalho que ao menos de leve não abordasse o capítulo das coccidíneas e nevralgias ano-retais.

A *coccidinia* é caracterizada por dor mais ou menos acentuada ao nível da região do coccix. Dor que algumas vezes apresenta-se do tipo espasmódico, outras vezes é contínua, surda. Pode ser desencadeada ou exacerbada pela posição sentada, pela marcha, ou muito frequentemente pelo ato da defecação, devido a contração dos musculos que no coccix vão se inserir. A verdadeira dor coccigeana por mecanismo reflexo, poderá ser eferida ao reto, mas em casos tais, a história, um interrogatório cuidadoso e um exame bem conduzido nos levará certamente a um diagnóstico preciso. É uma ocorrência relativamente rara, e no dizer de Hayden, seu diagnóstico só deverá ser estabelecido após eliminação de toda e qualquer afecção, tanto da esfera proctológica, como de órgãos vizinhos, que possam reflexamente causar dor que se irradie para a região sacro-coccigeana. Lockhart-Mummery cita casos, bem raros é verdade, de neurite do plexo coccigeu que mantem relações tão íntimas com o simpático e sistema nervoso central, e que podem ser rotulados, pelo tipo de dor que provocam, de coccidinea.

Por último, algumas palavras sobre o interessantíssimo capítulo das nevralgias ano-retais, ponto ainda aberto no terreno da proctologia. O diagnóstico de nevralgia ano-retal só é feito por exclusão de todo e qualquer processo local capaz de explicar a dor, ou afastado e que por mecanismo reflexo encontre na esfera proctológica região para a irradiação de fenômenos dolorosos.

Os casos de verdadeiras nevralgias ano-retais, constituem felizmente, ocorrência bastante rara e exigem o melhor dos esforços e boa vontade do proctologista, que terá que recorrer ao auxílio do

neurologista e psiquiatra, como também do urologista e ginecologista, conforme o caso.

Os sintomas de que os pacientes se queixam, variam consideravelmente. Referem, em geral, sensações que não sabem definir bem, de mal estar retal, ardor, por vezes, falsos desejos de evacuar ou defecação insatisfatória. Não é rara a associação de prurido anal, com pequenas crises de dôr aguda, frequentemente em punhalada ou agulhada, de localização anal.

Em casos tais, nunca é demais repetir, torna-se indispensável o exame mais minucioso possível, e, se preciso fôr, em se tratando de pacientes psicastênicos, hipersensíveis e de acôrdo com as circunstâncias do caso, proceder o exame sob-anestesia. O auxilio de outros especialistas será valioso para afastarmos a possibilidade, não pouco frequente, de dôres reflexas referidas ao reto e anus. Na mulher, por exemplo, certos distúrbios da estática uterina, ou afecções anxiais, são causas mais ou menos frequentes de dôr retal. O mesmo se diga de certas afecções da bexiga e uretra, principalmente no homem em que a prostata, via de regra está em jogo.

Allingham atribue certos sofrimentos e dôres retais, à congestão dos vasos da parede retal, que assim, exerceriam pressão sobre as terminações nervosas da região, despertando dôres, que êle compara as que são causadas pelas varizes dos membros inferiores, ou da varicocele.

Para terminar, não devemos nos esquecer dos casos em que a dôr retal se apresenta como sintoma de afecção do sistema nervoso central. Neste sentido, dôr e espasmo retais, poderão mesmo figurar, ainda que raramente, como sintomas precoces de uma tabes ou de uma esclerose disseminada. Casos ha em que um tabético, portador também de mamilos hemorroidários internos, continua com as suas queixas retais mesmo após a remoção destes últimos. Allingham, citado por Lockhart-Mummery, afirma que a aura da eplepsia poderá ser expressada por retalgias de carater vivo e passageiro, e aconselha suspeitar, sobretudo, das retalgias noturnas, casos em que uma história familiar bem tirada poderá ser de grande valor para o diagnóstico.

Problema tão interessante, deveria merecer por parte dos especialistas, um estudo mais cuidadoso e intensivo, mesmo em face da raridade relativa dos casos de nevralgias ano-retal. Yeomans, por exemplo, cita apenas três casos de neurose retal, todos em pacientes jovens, do sexo masculino, que viviam constantemente perseguidos pela idéia de que a todo momento estavam emitindo gases, obrigando-os a evitar todo e qualquer convívio em sociedade. Pelo que foi exposto, poderemos antever todas as consequências funestas e desagradáveis advinhas de tais casos, quando não cuidados com o rigor e o acerto necessários.

BIBLIOGRAFIA

- GABRIEL Rectal Surgery - Second edition - 1937.
 RAFFO - Proctologia clinica y quirurgica - 1.^a ed. 1940.
 YEOMANS - Proctology - Second edition.
 LOUIS BUIE Practical proctology - 1938.
 RANKIN AND GRAHAM - Cancer of the colon and rectum.
 FREDERICK SMITH - Proctology - Second edition 1 1941.
 THOMAS LEWIS - Pain.
 SILVIO D'AVILA - Fissura anal. Conceito e tratamento. Rev. Brasileira de Cirurgia XI - 12 - 1942.
 LUIS BAGLIETTO - Fissura Anal. - 1942.
 SYLVAN D. MANHEIM Proctology.
 LOCKHART-MUMMERY Diseases of the Rectum and Colon - 1934.
 RAUL RIBEIRO DA SILVA Da anestesia em proctologia - Rev. Ass. Paulista de Medicina XV - 3 1939.
 ENRIQUE MUÑOZ - Manuel de Proctologia - 1941.
 ROGER SAVIGNAC - Lettres sur les maladies de l'anús et du rectum - 1937.

*Novidades...***NOÇÕES BÁSICAS DE IMUNOTERAPIA
E QUIMIOTERAPIA ANTIBACTERIANA**

233 páginas OTTO BIER 36 figuras
Cr\$ 60,00

*EM 3.^a EDIÇÃO ATUALIZADA:***DIETÉTICA INFANTIL**
(Inclusive estudo geral da criança)

VICENTE BATISTA
 568 páginas Cr\$ 150,00 6 figuras

As duas obras são encadernadas em pano

*Edições Melhoramentos*SÃO PAULORua Lib. Baduró, 461
Caixa Postal, 120 BRIO DE JANEIRORua Gonçalves Dias, 9
Caixa Postal, 1617