

Lipomas sub-mucosos do intestino. Invaginação no adulto.

(*A proposito de um caso*).

Ayres Netto

CHEFE DE CLINICA CIRURGICA
DA SANTA CASA,

DE SÃO PAULO

Geraldo Vicente de Azevedo

INTERNO DA 1.^a CLINICA CIRURGICA
DE MULHERES DA SANTA CASA,

SÃO relativamente raros os neoplasmas benignos do intestino e, talvez por isso, os grandes tratados lhes consagram descrições breves e incompletas. No entanto varios autores tem dedicado ao assumpto alentadas monographias, algumas das quaes se tornaram classicas. Segundo Heurtaux e King, os tumores benignos mais comuns no intestino são os myomas, seguindo-se, em ordem decrescente de frequencia, os lipomas, os adenomas, os fibromas, etc.

VARIÉDADES E FREQUENCIA — Conforme a sua séde, os lipomas intestinaes se dividem em *sub-mucosos*, localizados na sub-mucosa, e *sub-serosos*, que se desenvolvem no tecido conjuntivo sub-seroso. Os sub-serosos são os mais raros; Ruben, em 1921, reuniu apenas 15 observações, 2 pessoas e 13 colhidas algures. Os sub-mucosos são relativamente muito mais communs; o primeiro caso consignado é o de Bauer (Epistola de Molis Intestinatorum, 1757), seguindo-se os de Meckel (1818), de Huss (1844), de Cruveilhier (1856), de Sangalli (1860), etc. O primeiro trabalho de conjunto e completo é o de Stetten (1909), que reúne 74 casos de lipomas sub-mucosos do intestino. King, em 1917, assignala 6 casos em 44.654 operações intraperitonaes da Mayo Clinic e junta mais 29 esparsos; Vaccari em 1922 aponta 69 observações de diversas procedencias; estes autores, que incluíram nas suas sommas alguns lipomas da classe dos sub-serosos, parecem desconhecer o estudo de Stetten. O artigo mais completo, sob o ponto de vista estatístico, é o de P. Derocque e A. Derocque, publicado ultimamente no "Journal de Chirurgie"; enumeram 104 casos de lipomas sub-mucosos do intestino. A estes devemos acrescentar os seguintes, que não constam da relação dos autores francezes: Tédénat (1870), Stable (St. Thomas Hospital Reports, 1894), St. Thomas Hospital

Reports (1899), Sacconaghi, D'Este (1906), Cassanello (1912), Mayo Clinic (1914), Mayo Clinic (1915), Carlucci (dois casos, 1921), Vaccari (1922); e mais os de Nash (1924), de Lecène (publicado por Gueullette (1925), de Heinonen (1926), de Tanasescu (1927). Entre nós, apenas tivemos conhecimento de um registado em Campinas pelo Dr. B. da Cunha Campos (1) e do que ora apresentamos. Sem a especificação da séde sub-mucosa au sub-serosa conhecem-se alguns, que não incluímos no nosso computo.

Temos, pois, um total de 121 casos de lipomas sub-mucosos do intestino, somma minguada para uma estatística mais que secular, considerando-se ainda que tal eventualidade clinica, rara como é, sempre tem sido trazida á publicidade.

Por isso não é destituído de interesse o estudo que vamos fazer; e ainda porque os lipomas intestinaes offercem quadro identico ao dos outros tumores do intestino e podem complicar-se de invaginação intestinal, mais frequente no adulto do que geralmente se pensa.

Eis a nossa observação:

FICHA N.º 278, DE 1927 — M. M., preta, casada, com 43 annos, brasileira, domestica, vinda de Ribeirão Preto, entrou para a Santa Casa de S. Paulo, indo occupar um leito no serviço do Dr. Ayres Netto, no dia 6 de Maio.

Anamnese — Conta a doente que em fevereiro ultimo começou a sentir uma dôr fraca e vaga em todo o baixo ventre, acompanhada de evacuações diarrheicas. Depois aquella dôr se exacerbou repentinamente, não podendo, entretanto, localizá-la; á noite, quando tudo parecia melhorar, notou que, indo á privada cada 5 minutos, suas fezes continham sangue vivo, ás vezes com coagulos. Em poucas horas tudo passou; e não se recorda de ter tido, outras vezes, evacuações sanguineas; suas fezes são sempre molles, sem catarrho, defeccando uma só vez por dia.

A dôr que sentia desde o inicio do mal nunca mais passou, vindo por crises, ás vezes bastante fortes. Recorreu a diversos medicamentos, sem resultado. Nos intervallos das crises sentia tambem uma pontada do lado direito. Quando se alimentava mais abundantemente via a dôr augmentar, e por isso só toma chá ou caldos, tendo emmagrecido bastante.

Repetidas vezes, pela manhã, em jejum, tem vomitos aquosos; só de uma feita vomitou amarello. Isso a doente attribue a um fortificante que lhe deram e que usou por algum tempo. Em uma occasião, quando a dôr do ventre foi muito aguda, teve calefrios. Acha que não tem tido febre; apenas, em alguns periodos mais dolorosos, tem sensação de frio pelas coxas. Durante três noites a fio sentiu fortes dôres de cabeça, do lado direito, com irradiações para o pescoço. De quando em vez sente palpitações.

(1) O Dr. B. da Cunha Campos levou-o á Sociedade de Medicina de Campinas e gentilmente nos enviou o original da sua communicação, que em resumo foi publicada na "Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia" (1926, ns. 7-8-9, pg. 580); tratava-se de um grande lipoma do ceco, causador de crises de oclusão e operado com pleno exito.

Apesar de tudo ainda trabalhava até sua entrada no hospital, sómente quando a dôr era muito intensa recolhia-se ao leito. De nada mais se queixa.

Antecedentes pessoais — Diz ter tido sarampo, gripe e rheumatismo nas articulações do pé e do joelho, porém sem febre. Antes do inicio da molestia actual jamais sentiu qualquer colica ou outras perturbações gastro-intestinaes. Não precisa a época do apparecimento de suas primeiras menstruações. Estas se succederam sempre periodicamente, abundantes, durando três ou quatro dias. Três mezes antes da dôr inicial do ventre desapareceram suas regras. Accusa parto unico, do qual se levantou três dias após, tendo forte dôr no ventre e hemorragias que lhe duraram um mês. Não teve abortos.

Antecedentes familiares — Não conheceu seu pae. Sua progenitora falleceu de variola e sua filha com 11 mêses. Teve 6 irmãos, dos quaes 4 morreram na infancia; os restantes se encontram vivos e fortes.

Evolução — A doente, desde que começou a ser observada, nos dias que esteve no serviço, continuou a queixar-se da mesma dôr no baixo ventre, com os mesmos caracteres já referidos. Um dia, por três ou quatro vezes, teve evacuações francamente sanguineas. Conta que, após sua internação, certa vez sentiu formar-se um caroço (sic) na fossa iliaca direita, o qual subindo foi desaparecer no lado esquerdo.

Exame physico — Mulher de compleição forte e aspecto sadio, com paniculo adiposo bem desenvolvido, com esqueleto, musculos, pelle e pêlos normaes.

Abdomen — Provido de abundante tecido adiposo, apresenta na região umbilical uma saliencia arredondada, com um 6 cms. de diametro, molle, limitada por um largo anel endurecido e através da qual se apalpam alças intestinaes gargarejantes: é uma hernia umbilical, que a doente diz trazer desde a infancia.

Pela apalpação accusa dôr no fossa iliaca direita, mais accentuada em torno do ponto de Mac Burney; a defesa da parede impede a apalpação profunda da região.

O colon sigmoide é apalpavel e não doloroso; não sentimos o transverso. Bordo inferior do figado pouco abaixo do rebordo costal; bordo superior ao nivel da 5.^a costella. O rim direito é apalpavel, obtendo-se rechazo antero-posterior pelo exame bimanual. Baço e rim esquerdo não apalpaveis.

Em novo exame notou-se, pouco abaixo do rebordo costal direito, um corpo arredondado, grande, movel, duro; se o apalpamos e comprimimos na parte inferior, elle se torna mais profundo e se desloca para a loja renal: é o rim direito, muito volumoso, que, quando na sua loja, é facilmente deslocavel no sentido antero-posterior.

No momento da intervenção, após a anesthesia, observou-se no hypochondrio direito um tumor muito movel, das dimensões de uma laranja, podendo ser levado facilmente até o hypochondrio esquerdo.

Apparelho genital — Orgãos externos normaes. Vagina ampla e longa; collo por detrás da symphyse; utero grande, em retro-versão movel, embora não se consiga reduzir devido á contracção dos musculos abdominaes. No corno uterino direito ha um nodule (fibromyoma?).

Apparelho respiratorio — Normal.

Apparelho cardio-vascular — Normal.

Wassermann — Negativo.

Fezes — Negativo.

Urina — Traços leves de albumina. Ausencia de glycose e de acetona. Sedimento: cellulas chatas e pús. Ausencia de pigmentos e acidos biliares.

Radiographia do intestino grosso — Transverso muito longo, descendo até a bacia. Ptose do ceco e colon ascendente.

Diagnosticó — A dôr no ponto de Mac Burney e a defesa na fossa iliaca direita nos levaram á supposição de uma appendicite sub-aguda. A doente, além disso, era portadora de uma hernia umbilical, ptose renal direita e retro-versão movel do utero. A questão da ptose renal foi plenamente esclarecida pelo rechaço antero-posterior do órgão e pela existencia do tumor constituído por elle. A existencia dessa ptose nos fez pensar na mobilidade do ceco e do colou ascendente (muitissimo frequente em taes occorrencias morbidas), provocada pelo descollamento do meso-colon normalmente fixo na parede abdominal posterior; e a radiographia confirmou planamente a nossa supposição, mostrando ainda que o transverso, que não havíamos apalpado no abdomen, descia até a bacia, subindo juxtaposto ao descendente. Essa mobilidade do ceco e da primeira porção do colon poderia ser responsavel, até certo ponto, pelas dôres referidas pela doente.

Mais aceitavel que a hypothese de uma appendicite sub-aguda nos pareceu a de typhlo-colite, pois não se enquadravam na appendicite aquellas dejeccões sanguineas. Entretanto difficillima é geralmente a distincção entre appendicite e typhlo-colite e, como observam varios autores, ás vezes o acto operatorio nos dá a surpresa de encontrarmos uma typhlo-colite quando juravamos uma appendicite.

A doente nos referiu certa vez uma historia vaga e incompleta de peristaltismo visivel, o que nos fez pensar por um momento em obstrucção intestinal. Logo, porém, afastámos essa hypothese: seria um symptoma isolado de obstrucção, a descripção do phenomeno, observado pela doente uma só vez, era duvidosa e insufficiente para se afirmar a sua natureza; demais a direcção referida pela doente era a do colon transverso, que já sabíamos descer muito baixo e subir juxtaposto ao descendente; assim, sendo o angulo esplenico do colon muito agudo, attribuímos o possivel peristaltismo visivel á dificuldade de vencer esse obstaculo. De facto, a direcção do peristaltismo visivel (se é que existiu) não fazia absolutamente pensar em obstrucção para o lado do ceco, que depois se verificou.

A doente reclamava a cura de sua grande hernia umbilical, indicação operatoria que se impunha; e desde logo resolvemos aproveitar a anesthesia para um novo exame, por certo muito mais proveitoso, sem a dôr e a defesa da parede.

Com effeito, nestas condições, encontrámos um tumor na região sub-hepatica, menor e distincto do que tinhamos visto constituido pelo rim, tumor muito movel, podendo ser levado até o hypochondrio esquerdo. A extrema mobilidade indicava que elle devia ser ou mesenterico ou mais provavelmente intestinal; o optimo estado geral da doente excluia a idéa de uma neoplasia maligna: devia ser antes um tumor benigno.

Rememorando o começo violento da doença (dôr muito forte, enterorrhagia), lembrou-se uma invaginação; porém, a evolução mais ou menos benigna, sem outras crises semelhantes á do inicio, tornava pouco viavel essa hypothese. Ficámos, pois, no diagnostico de neoplasia, provavelmente benigna, do intestino.

OPERAÇÃO — (20-5-1927) — Dr. Ayres Netto, auxiliado pelo academico Geraldo Vicente de Azevedo — Incisão mediana supra-umbilical, com exeresse de uma lingueta de pelle e tecido sub-cutaneo. Abertura do peritoneo e resecção do sacco herniario. Examinando a cavidade, observamos um tumor de côr avermelhada e duro, constituido pelo angulo direito do colon muito congestionado, turgido; nota-se que ha uma invaginação do ceco com o appendice e de quasi todo o colon ascendente. Exercendo-se certa pressão no tumor constituido pela invaginação para tentar a sua redução, dá-se uma pequena ruptura de uns 4 cm. na porção mais congesta, dando saída a pequena quantidade de muco: sutura immediata. Pela pressão mais abaixo se consegue facilmente desfazer a invaginação, porém o fundo do ceco permanece invaginado, com algumas bridas que precisamos romper para evaginá-lo todo. Então rompe-se em parte o fundo do ceco e apparece um tumor do tamanho de uma laranja, avermelhado, com pequenas manchas amarellas, o qual é extirpado. Sutura de Lambert. O appendice, longo, normal, de posição descendente, ficou isolado do ceco, pois a sua base foi incluída na extirpação; ligadura isolada da arteria appendicular seguida de appendicectomia. Sutura da parede abdominal em três planos.

Anesthesia: racheana com 0,06 de estovaina. Injecção de strychnina logo a seguir.

Pressão arterial (app. de Vazquez-Laubry): antes da operação, max. 13,5 e min. 8; durante a operação, max. 8 e min. 5.

O periodo post-operatorio decorreu sem incidentes e a paciente deixou a enfermaria completamente curada.

Como mostrou a intervenção, havia, além do tumor, uma invaginação, diagnostico que não tinhamos ousado formular.

E' deveras interessante que, na occasião da operação, se observasse esse tumor sub-hepatico, que absolutamente não existia nos exames anteriores. A explicação desse facto nos parece a seguinte: havia uma invaginação antiga, a do ceco sómente, tornada definitiva por adherencias, e outra recente do colon ascendente, continuação da primeira; prova disto é o estado de edema e de congestão muito accentuada, em que se encontrava esta porção do colon. De facto, se a invaginação do colon ascendente fosse antiga, nas condições em que se

achava já teria por certo caminhado para a necrose; e, mesmo que assim não fosse, a região dolorosa e tensa seria a sub-hepática, não a fossa iliaca, e o exame radiológico teria revelado a invaginação. Acreditamos, pois, que a invaginação do primeiro segmento do colon, encontrada na operação, precedeu de pouco a esta, sendo a continuação de outra, cecal, mais antiga. Estamos também autorizados a supor que a invaginação do colon ascendente fosse a repetição de invaginação idêntica, correspondente p. ex. á crise maior do início da molestia e que havia regredido espontaneamente. A existência de invaginações de repetição já foi assinalada por varios observadores, sendo mesmo denominadas "invaginações intermitentes"

PEÇA OPERATORIA — Exame macroscópico — Tumor do tamanho de uma laranja, redondo, de cor vermelha com manchas amareladas, de consistência pastosa. Vê-se um pedaço de mucosa do ceco recobrimdo até um terço do tumor. Ao corte, observamos uma superfície amarela, com aspecto de manteiga, envolvida por uma capsula espessa que lhe é inteiramente adherente. Diagnostico macroscópico: lipoma sub-mucoso.

Exame histológico — O corte feito após inclusão em parafina, corado pela hematoxilina-eosina, revelou uma capsula espessa constituida por tecido conjuntivo, edemaciada, ulcerada em alguns pontos, com grande infiltração de leucocytos polymorpho-nucleares neutrophilos, além de lymphocytos e plasmacellulas. Esse processo inflammatorio se estende além da capsula e penetra até a parte propriamente tumoral. A parte tumoral é constituida por cellulas adiposas que se mantem na disposição que se costuma encontrar nos lipomas. Diagnostico histológico: lipoma, com inflammação sub-aguda, provavelmente devida á infecção secundaria. (Exame feito pelo Dr. Altino Antunes, Chefe do Laboratorio da 1.^a C. M. da Santa Casa).

ANATOMIA PATHOLOGICA DOS LIPOMAS SUB-MUCOSOS DO INTESTINO E DAS INVAGINAÇÕES INTESTINAES — Os lipomas sub-mucosos podem desenvolver-se em qualquer ponto do intestino desde o duodeno até o recto. Examinando todos os casos publicados com indicação da séde do tumor, verifica-se que os lipomas sub-mucosos teem sido encontrados quasi em igual proporção no delgado e no grosso, com pequena vantagem para este ultimo. No intestino delgado são muito mais encontrados no jejuno-ileon do que no duodeno, approximadamente na relação de 5 para 1. No intestino grosso os lipomas, como succede também com as neoplasias malignas, localizam-se principalmente no ceco, no colon sigmoide e no recto (Derocque).

Geralmente se encontra um unico lipoma sub-mucoso, entretanto ha 7 observações de lipomas sub-mucosos multiplos. Em outros casos havia varios lipomas, uns sub-mucosos e outros sub-serosos (Hahn, Hellström, Vaccari); em um havia também lipomas no mesenterio, no mesosigmoide e no grande epiploon (Odelberg).

O lipoma é geralmente arredondado ou ovoide, de superfície lisa ou lobulada. O seu volume é muito variavel; os que se manifestam

cl clinicamente medem desde o tamanho de uma noz até o de uma laranja ou mesmo de uma cabeça de feto. Os mais volumosos são sempre os do intestino grosso.

A camada muscular do intestino constitue uma especie de barreira para o desenvolvimento dos lipomas; assim os da sub-mucosa fazem saliencia na luz intestinal, ao passo que os sub-serosos crescem para o lado da cavidade peritoneal. Nem sempre, entretanto, isto é regra, pois Hahn, Marchand e Cassanello descrevem tumores que, fazendo saliencia na luz intestinal, eram sub-serosos.

Nos lipomas de volume sufficiente para produzir phenomenos de obstrucção, notam-se com frequencia ulcerações da mucosa que os recobre.

Pelo exame histologico encontramos o lipoma desenvolvido no tecido conjuntivo frouxo da sub-mucosa, tendo a estrutura propria dos lipomas circumscriptos: constituido por tecido adiposo, é envolvido por uma capsula conjuntiva que envia para a profundidade trabeculas que como lobulam o tumor. Quando esse tecido conjuntivo adquire desenvolvimento muito grande, o tumor passa a ser um fibro-lipoma. Em contacto com o tumor a *muscularis mucosæ* se hypertrophia, ao passo que a mucosa se mostra atrophiada, outras vezes ulcerada ou com placas de necrose; não raro observa-se em volta do tumor, ou mesmo penetrando nelle, uma inflammacão, como no nosso caso.

A invaginacão causada por essas neoplasias é frequente; vamos, pois, descrever as diversas fórmas desta complicacão e outras alteracões que a acompanham.

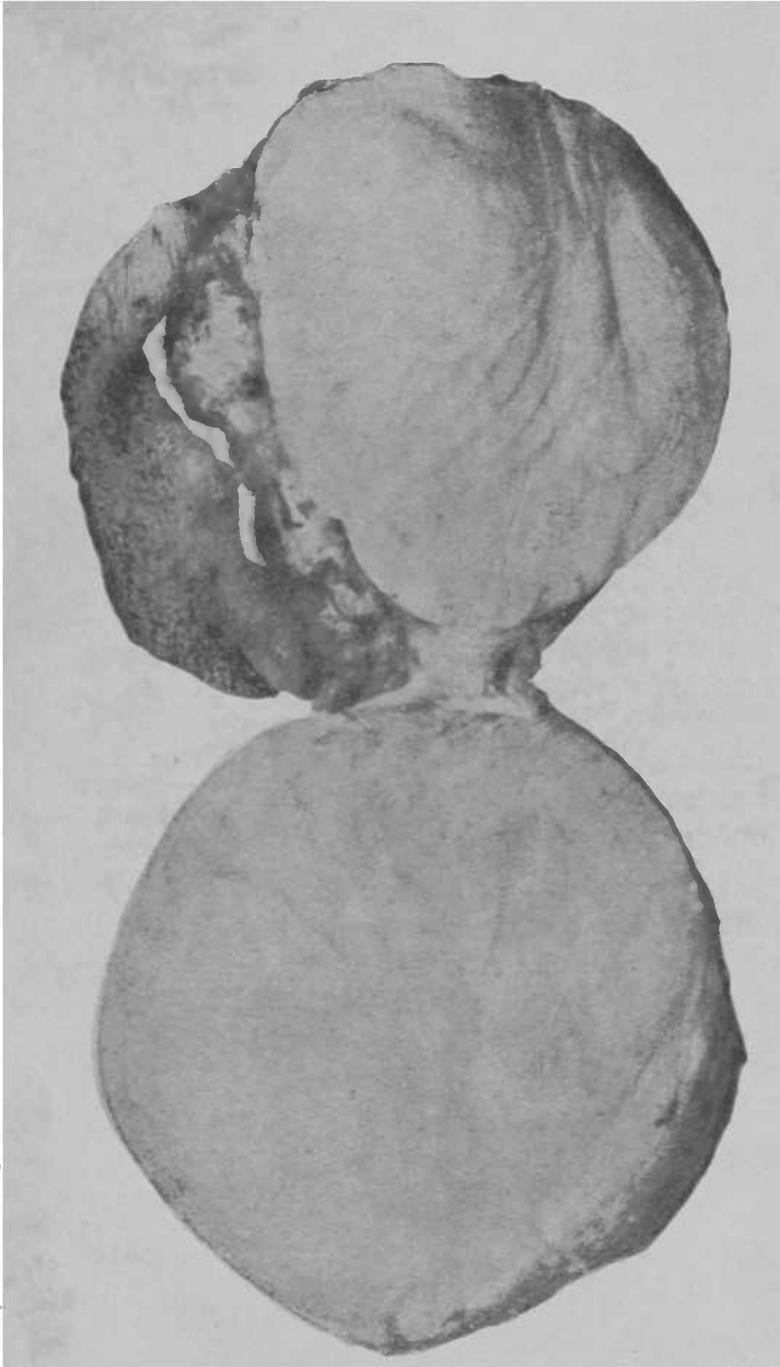
Em toda invaginacão ou intussuscepção ha, como é sabido, três cylindros, um dentro do outro. O externo é o tubo invaginante ou bainha; os dois internos, que podem ainda estar dobrados sobre si mesmos, constituem o tubo invaginado (*boudin* dos franceses).

O ponto em que o cylindro medio se dobra para constituir a bainha é o chamado collo da invaginacão. Os cylindros externo e medio estão em contacto pela mucosa; o interno e o medio se tocam pela serosa. Pode dar-se uma invaginacão dupla e teremos cinco cylindros uns dentro dos outros; é eventualidade muito rara.

As invaginacões são quasi sempre descendentes, mas pode haver ascendentes ou recurrentes, isto é, dirigidas para a extremidade oral do intestino.

A parte que se invaginou em primeiro logar fica sempre na extremidade do segmento intestinal invaginado; é a cabeça da invaginacão. O augmento da invaginacão se faz á custa da bainha, que se vae dobrando para constituir o tubo medio.

O mesenterio ou o mesocolon são levados pela porção invaginada e, como exercem sobre ella certa traccão do lado em que se inserem, a mesma fica encurvada e o orificio situado na sua extremidade se volta para o lado concavo da curva.



LIPOMA DO CECO (córte)

De modo geral, a invaginação pode ser de três especies: do intestino delgado no mesmo delgado; do intestino grosso no proprio grosso; e do delgado no grosso. As duas primeiras são muito simples e correspondem á descripção geral que fizemos acima.

As invaginações do intestino delgado no grosso não são tão simples, pois que não pertencem todas ao mesmo typo. Frequente é a invaginação *ileo-cecal*, cuja ponto de partida e cabeça é a valvula de Bauhin (já por si uma invaginação parcial), que vae caminhando progressivamente na luz do ceco, depois na luz do colon; este typo é mesmo o mais commum de todos (64 0/0, segundo Flesch-Thebesius, 52 0/0 só no adulto, segundo Sullivan); mas com elle não devemos confundir as outras fórmulas adiante enumeradas. A invaginação *ceco-cecal* é a do fundo do ceco, com o appendice, naquella porção do intestino; a *ceco-colica* é a mesma ceco-cecal que caminhou para o colon e, conforme a sua extensão, pode levar consigo a valvula ileo-cecal e a ultima porção do ileon (invaginação ceco-ileo-colica de Lavesson, a mais commum segundo este autor). *Ileo-colica* é uma invaginação primitivamente ileal pura e simples, cuja cabeça attingiu a valvula ileo-cecal e continuou a caminhar no intestino grosso; o ceco pode permanecer na sua séde ou ser invaginado tambem. No nosso caso tratava-se de uma invaginação ceco-colica, sendo a cabeça constituida pelo lipoma localizado no fundo do ceco.

Como vimos, o mesenterio é levado através do collo da invaginação; ora, isto constitue um dos seus maiores perigos. Como os vasos da parte invaginada são comprimidos no collo, ha nella uma estase venosa e uma tumefacção por infiltração sanguinea. Disso resulta necrose da mucosa e como consequencia apparece a melæna.

A invaginação produz uma estenose ou uma oclusão intestinal. Devido á pequena ou nenhuma permeabilidade resultante, o segmento intestinal situado acima da invaginação se dilata e mais tarde a sua tunica muscular se hypertrophia.

As superficies serosas em contacto contraem adherencias maiores ou menores entre si, tornando irreductivel a invaginação e só susceptivel de desfazer-se pela ruptura das adherencias no acto operatorio.

ETIOLOGIA E PATHOGENIA — Pouco se sabe quanto á etiologia dos lipomas sub-mucosos do intestino.

O sexo não parece ter influencia.

Em relação á idade, são rarissimos antes dos 20 annos e se mostram mais frequentes entre 40 e 60 annos (Stetten e Derocque); esta maior frequencia, como observa Stetten, é mais apparente do que real, attendendo-se a que o lipoma evolue lentamente durante annos antes de manifestar a sua presença.

Varios autores occuparam-se da genese dos lipomas em geral e dos do intestino em particular. Vamos expôr resumidamente as principaes opiniões sobre o assumpto, transcriptas e discutidas por Vaccari.

Cicala, por exemplo, acha que os pontos de crescimento do tumor são representados por focos de infiltração parvi-cellular; as células gordurosas proveem de células do tecido conjuntivo ou de células leucocytarias.

Borst diz que "não é necessario, nos lipomas heterotopico, pensar sempre em uma ectopia de germens" (theoria de Durante-Conheim), originando-se tambem o tecido adiposo, por metaplasia, do tecido conjuntivo commum; a gordura appareceria primeiro em pequenas gottas e em seguida confluiria em uma grande gotta unica, deslocando o nucleo para a peripheria da cellula.

Minelli acredita que os lipomas são o resultado de "degeneração do tecido conjuntivo"; dar-se -ia a principio uma activa neoformação de fibroblastos que em parte evolveriam normalmente para constituir tecido conjuntivo adulto e em parte degenerariam em células gordurosas typicas.

Delbet, Quénu, Kormann, Schwartz, Chévrier e outros ligam á inflammação o desenvolvimento do lipoma.

Aievoli, que estudou a fundo a questão da genese dos lipomas, relaciona a localização e o desenvolvimento desses tumores com a circulação lymphatico-sanguinea dos tecidos, com a distribuição e a função do tecido elastico e com as alterações do mesmo, que perderia em parte o seu papel de regulador e equilibrador da circulação lymphatica e tambem da deposição de gordura. Tal theoria, abraçada por Avallone e Askanazy, é mera hypothese, como observa Vaccari, pois não se baseia em dados microscopicos.

Voigt dá valor á acção toxica do alcool e do fumo e á arterio-esclerose resultantes desses toxicos, da idade e do genero de vida do paciente. Outros dão importancia aos traumatismos, ás molestias infeciosas, á tuberculose; comtudo, todos estes pretensos factores, se se descobrem em certos casos, faltam completamente em outros e assim parecem destituídos de qualquer valor etiologico.

O facto é que os lipomas do intestino, como outros quaesquer, frequentemente se observam em pessoas obesas ou muito gordas; porém isto tem mais importancia no caso dos lipomas sub-serosos, que as mais das vezes não são neoplasias, mas grandes hyperplasias de gordura dos appendices epiploicos.

Em conclusão, permanece obscura a etiologia dos lipomas sub-mucosos do intestino; e mui difficil será esclarecê-la.

Como factores de invaginação teem grande importancia os tumores do intestino; na estatistica de Gueullette, sobre 123 casos de invaginação, existiam numa proporção de 36 % Quasi todo esse valor etiologico cabe aos tumores benignos; os malignos mais raramente são acompanhados de invaginação.

No que diz respeito aos lipomas sub-mucosos, Derocque consigna 47 casos de invaginação em 72 lipomas que se manifestaram clinica-

mente; sendo interessante notar que em 32 lipomas do intestino delgado houve 28 invaginações, ao passo que em 38 lipomas pertencentes ao intestino grosso apenas 19 foram acompanhados dessa complicação; donde se infere ser mais frequente a invaginação ocasionada por lipomas do delgado.

Antes de examinarmos as diversas causas determinantes de uma invaginação do intestino, vejamos qual o seu modo de formação, a sua pathogenia.

Duas ordens de theorias procuram explicar a formação de uma invaginação: a theoria mechanica e as theorias physiologicas.

A primeira, suggerida por Morgagni e Hunter, defendida depois por Besnier, Kasemeyer, Flesch-Thebesius, procura explicar a invaginação pela tracção de um polypo sobre a mucosa ou simplesmente pelo peso de um tumor ou de um bolo fecal. Nothnagel acha que a acção mechanica do tumor tem papel secundario e que a causa da invaginação é representada por intensos movimentos peristalticos devidos a uma irritação no ponto de inserção do tumor.

Assim já passamos para o campo das theorias physiologicas, que attribuem toda invaginação a modificações da musculatura intestinal. Temos primeiro a "theoria paralytica" de Leichtenstern, segundo a qual uma porção do intestino, por uma inflammação catarrhal, peritonite, traumatismo, etc., cae em atonia e se relaxa; a porção situada acima, cujo peristaltismo persiste ou é augmentado, penetra então na porção paralyzada e a invagina no intestino situado abaixo e dotado de actividade. Esta porção activa, que constitue a bainha da invaginação, se contrae fortemente e por seus movimentos peristalticos faz com que augmente cada vez mais a invaginação. Cruveilhier acredita que essa paralyzia de uma porção do intestino não é indispensavel e que o principal papel cabe á contracção que produz um estreitamento da porção anterior áquella; ha um encurtamento dessas duas porções por contracção das suas fibras longitudinaes e como consequencia a penetração da parte estreitada na parte normal ou dilatada. Essa "theoria activa" foi sustentada, com pequenas variantes, por Dance, Gorham, Brinton, Bristow, Ombredanne, Rafinesque, etc. Segundo Propping, todas as invaginações, inclusive as do appendice e do diverticulo de Meckel, começariam por um espasmo local das fibras musculares circulares do intestino; o segmento contrahido se alonga um pouco e pela sua extremidade distal penetra na porção situada abaixo; a invaginação em seguida augmenta á custa da bainha, por contracção das suas fibras circulares, de modo que o collo da invaginação se approxima cada vez mais da extremidade oral do intestino.

O essencial é notar que com movimentos peristalticos normaes não se produz invaginação; faz-se mister que haja uma alteração desses movimentos, ao lado de uma diminuição de calibre, quer anatomica quer physiologica. A' irregularidade dos movimentos peris-

talticos são devidas as invaginações, não raras nas creanças, produzidas durante o periodo agonico ou após a morte; reconhecem-se na necropsia pela ausencia de congestão venosa e pela facilidade com que se desfazem. Um agente chimico (por exemplo o gás carbonico) ou um agente physiologico (p. ex. o jejum, traumatismos abdominaes, assignalados em algumas observações) podem causar perturbações do peristaltismo, realizando as duas condições: espasmo e hyper-actividade muscular. Um tumor, diminuindo a luz do intestino, provoca um hyper-peristaltismo no segmento intestinal situado acima d'elle e disso resulta a invaginação, em muitos casos favorecida pela tracção ou peso da propria neoplasia; em outros casos, como no nosso de lipoma do ceco, esse factor mechanico não pode ter influencia e isso serve para mostrar a sua pouca importancia mesmo nos casos em que actua.

Do estudo da pathogenia da invaginação intestinal concluimos que ha duas ordens de elementos etiologicos capazes de produzi-la: causas anatomicas, isto é, lesões evidentes da parede intestinal, e causas verdadeiramente physiologicas e de interpretação mais difficil.

Entre as causas anatomicas teem importancia primordial os tumores, que na estatistica de Gueullette concorrem com 36 % no adulto, sobretudo os benignos, pois os malignos raras vezes provocam invaginação. Como causa importante temos a considerar tambem todas as infiltrações inflammatorias ou edematosas da mucosa intestinal. Estas seriam, segundo Lavesson, a causa mais commum da invaginação, attingindo principalmente o ceco, em parte ou em totalidade, por causa da estructura e da fórmula dessa porção do intestino, como tambem da quantidade maior de bacterias que elle contem. As ulcerações do intestino, quer sejam simples ulceras inflammatorias quer sejam sequelas da febre typhoide, da dysenteria, da tuberculose, etc., são tambem causas de invaginação no adulto. Os vermes intestinaes e os corpos extranhos, a pericolyte membranosa, o diverticulo de Meckel, a appendicite, podem tambem, ainda que raramente, ser causa de invaginação; neste ultimo caso é preciso não confundir as modificações do appendice devidas a uma invaginação produzida por outra causa com uma appendicite que poderia figurar como provocadora da invaginação.

Taes são as causas anatomicas da invaginação intestinal.

Em cerca de 50 % dos casos, segundo Gueullette, não se tem podido descobrir nenhuma causa anatomica; nesses casos a invaginação é produzida por elementos puramente physiologicos, como provam algumas observações publicadas. Taes são todos os factores capazes de alterar os movimentos intestinaes normaes: a espasmophilia, invocada principalmente para explicar as invaginações da infancia, a propria susceptibilidade do individuo, os purgativos muito energicos, os traumatismos abdominaes (Kennedy, Maxwell), o jejum muito prolongado (Mooro) e talvez mesmo uma pequena ulceração da mucosa, sufficiente para agir como espinha irritante (Gueullette).

EVOLUÇÃO E PROGNOSTICO — O prognostico de um lipoma ou de qualquer tumor benigno do intestino está ligado principalmente á possibilidade de uma invaginação, que, uma vez effectuada, pode evolver de varios modos:

a) Cura por desinvaginação espontanea; nesse caso a invaginação pode reproduzir-se e, conforme Quénu e Moorle, poder-se-ia admittir que muitas invaginações de evolução lenta, entrecortadas por periodos de saúde perfeita, são verdadeiras fórmas intermittentes ou de repetição.

b) Oclusão intestinal que, não operada, termina pela morte; mais frequente na creança, por causa da luz mais estreita do intestino (Sacconaghi).

c) No adulto é mais frequente um decurso chronico, porque o intestino invaginado permanece permeavel; todavia não são raras as excepções a essa regra.

d) Peritonite por necrose ou gangrena da parte invaginante.

e) Em casos favoraveis de invaginação mais antiga, a parte invaginada, depois de esphacelada, é expulsa, inteira ou em fragmentos. No collo da invaginação se forma uma adherencia das partes separadas do intestino, por peritonite adhesiva; porém, mais tarde, pode haver uma estenose devida á cicatriz annular que se forma. Segundo Chiari e Braun, Karpa, Sella, taes invaginações podem effectuar-se na vida intra-uterina, resultando dahi estenoses ou atresias congenitas do intestino.

f) Necrose no collo da invaginação, ou expulsão da parte necrosada antes de se formarem adherencias solidas no collo; então ha uma peritonite ou uma perfuração com peritonite consecutiva.

g) Necrose da porção do intestino situada acima da invaginação e dilatada; como consecuencia, peritonite.

Nos caos de necrose ou esphacelo, pode haver tambem septicemia, thrombose das veias mesaraicas e abcessos hepaticos.

ESTUDO CLINICO — Deyemos estudar separadamente os lipomas do recto e os lipomas das outras porções do intestino.

O diagnostico dos primeiros é facil; determinam os mesmos symptomas dos polypos fibrosos ou adenomatosos. Sentem-se pelo toque rectal, são vistos pela rectoscopia, podem sair através do anus, occasionando prolapso, e ás vezes são expulsos espontaneamente.

Os lipomas sub-mucosos do intestino delgado e do ceco-colon apresentam aspectos mais interessantes: conservam-se latentes, não se manifestando por nenhum symptoma; mais frequentemente dão logar a symptomas intestinaes chronicos, constituindo um syndromo variavel, complexo, enganador e grave; em outros casos, revelam-se subitamente por crise de oclusão intestinal aguda, geralmente devida á invaginação.

Em 20 % das observações conhecidas, o lipoma sub-mucoso era de pequenas dimensões, não produzindo obstrucção nem inva-

ginação e sendo encontrado accidentalmente, por ocasião da necropsia ou de intervenção abdominal devida a affecção differente. Dos 22 casos de lipomas latentes (Derocque), 17 pertenciam ao intestino delgado e 4 ao grosso, sendo que em 1 a séde não foi precisada.

Em cerca de metade dos casos, o lipoma se manifesta por symptomas que, comquanto muito variaveis, geralmente levam ao diagnostico de obstrucção intestinal chronica, com ou sem invaginação. Muitas vezes esses symptomas consistem em crises alternadas com periodos de longa acalmia que duram desde alguns dias até semanas ou mêses.

No caso de estreitamento da luz intestinal determinado por tumor mais ou menos volumoso, bem como no de invaginação causada pelo mesmo, predomina a dôr. No caso de tumor sem invaginação, a sua intensidade é variavel: ás vezes simples sensação de peso, outras vezes dôres vagas que augmentam, chegando a constituir colicas fortes, mormente após as refeições; dôr essa em geral diffusa, raramente localizada á região da neoplasia. Nessas circumstancias não são raras verdadeiras crises de oclusão.

Quando se dá invaginação, o doente é accommettido repentinamente de dôr fortissima, ou que se inicia fraca e vae crescendo progressivamente. A dôr subita é acompanhada muitas vezes de vomito inicial ou de abundante enterorrhagia; depois esses phenomenos melhoram e a molestia toma um caracter chronico, manifestando-se por crises alternadas com periodos de bem-estar durante os quaes o paciente se queixa de perturbações digestivas diversas, devidas sobretudo a alterações no curso do conteúdo intestinal. Ora ha prisão de ventre constante e rebelde; ora a constipação se alterna com periodos de diarrhéa abundante e fetida; ás vezes as funcções intestinaes podem normalizar-se por longo tempo. Nos casos de invaginação são communs as dejecções muco-sanguinolentas (devidas a uma estase venosa accentuada) e repetidas com muita frequencia; outras vezes as hemorragias são raras e apenas o doente refere duas ou três evacuações sanguineas.

Os vomitos, exceptuados os que traduzem oclusão intestinal ou peritonite, carecem de importancia; são mucosos ou biliosos, irregulares, muitas vezes apparecendo com as crises de dôr; não se encontram os sanguinolentos, que constituem symptoma importante de invaginação alta, tal a retrograda do jejuno após operação de gastroenterostomia.

Todas essas perturbações não tardam a repercutir sobre o estado geral do doente, que vae restringindo a sua alimentação, por falta de appetite ou para evitar as dôres; seguem-se o emmagrecimento, a asthenia.

A symptomatologia funcional que acabamos de descrever é por demais pobre para nos levar á trilha de diagnostico acertado. E' pois, o exame physico que vae esclarecer a questão: em certos casos

as suas indicações preciosas impõem desde logo o diagnostico de tumor ou de invaginação, ou pelo menos o de obstrucção intestinal; outras vezes os seus dados são falhos e necessitam repeti-lo varias vezes para descobrir algo que nos oriente.

Dois signaes importantissimos nos fornece o exame physico: o peristaltismo visivel e a percepção do tumor, constituido pela neoplasia ou pela invaginação, facto esse mais frequente.

A exploração do anus e do recto é muito util, pois a invaginação chronica pode levar o tumor até o ultimo tracto do tubo digestivo, tornando-o accessivel ao toque rectal ou mesmo visivel no anus. A rectoscopia e a sigmoidoscopia tambem poderão attingir tumor ou invaginação não accessiveis ao toque.

Obstrucção, estenose ou oclusão determinam na porção precedente do canal intestinal uma distensão que constitue o chamado meteorismo de estase, com movimentos peristalticos visiveis e dirigidos para a porção obstruida, ou a distensão rigida, que, acompanhada de gargarejos e de colicas intensas constitue o syndromo de König, autor que a descreveu, pela primeira vez, na tuberculose intestinal. A distensão rigida só se encontra quando a estenose ou oclusão se produz gradualmente, o que permite á tunica muscular hypertrophiar-se.

A porção distendida é sempre a que precede a obstrucção, como é logico suppor; todavia Sacconaghi consigna o caso, de observação sua, de lipoma sub-mucoso da flexura hepatica do colon, em que se encontrava a distensão rigida paradoxal abaixo da obstrucção, isto é, em todo o colon transverso. Alguns autores chamam "alça de Wahl" á alça intestinal assim distendida por uma obstrucção unica ou monoleptica; outros, como Sacconaghi, reservam essa denominação para a alça distendida por uma obstrucção dupla ou bileptica (p. ex. no volvulo).

O peristaltismo visivel, essa "bola que cresce e passeia no ventre", no dizer dos doentes, sempre na mesma direcção, é acompanhado de gargarejos ou borborygmos, os quaes geralmente se mostram quando desaparece a distensão que faz saliencia através das paredes do ventre; mas ás vezes os gargarejos se percebem desde que se forma a distensão. Tambem a passagem de materias pela parte estenosada pode traduzir-se por ruidos identicos.

Não raro, não nos é dado observar o peristaltismo mesmo em exames repetidos, mas o doente no-lo refere, ás vezes com detalhes que não deixam duvidas sobre a natureza do phenomeno.

Em presença desse signal de obstrucção intestinal, observado directamente ou referido pelo doente, ou de symptomas funcçionaes que façam suspeitá-la, devemos sempre pesquisar um tumor. Não basta um exame; é preciso fazer varios e muitas vezes, em um delles, somos surpreendidos pela presença de um volume que não haviamos encontrado nos exames anteriores. Esse tumor, constituido geralmen-

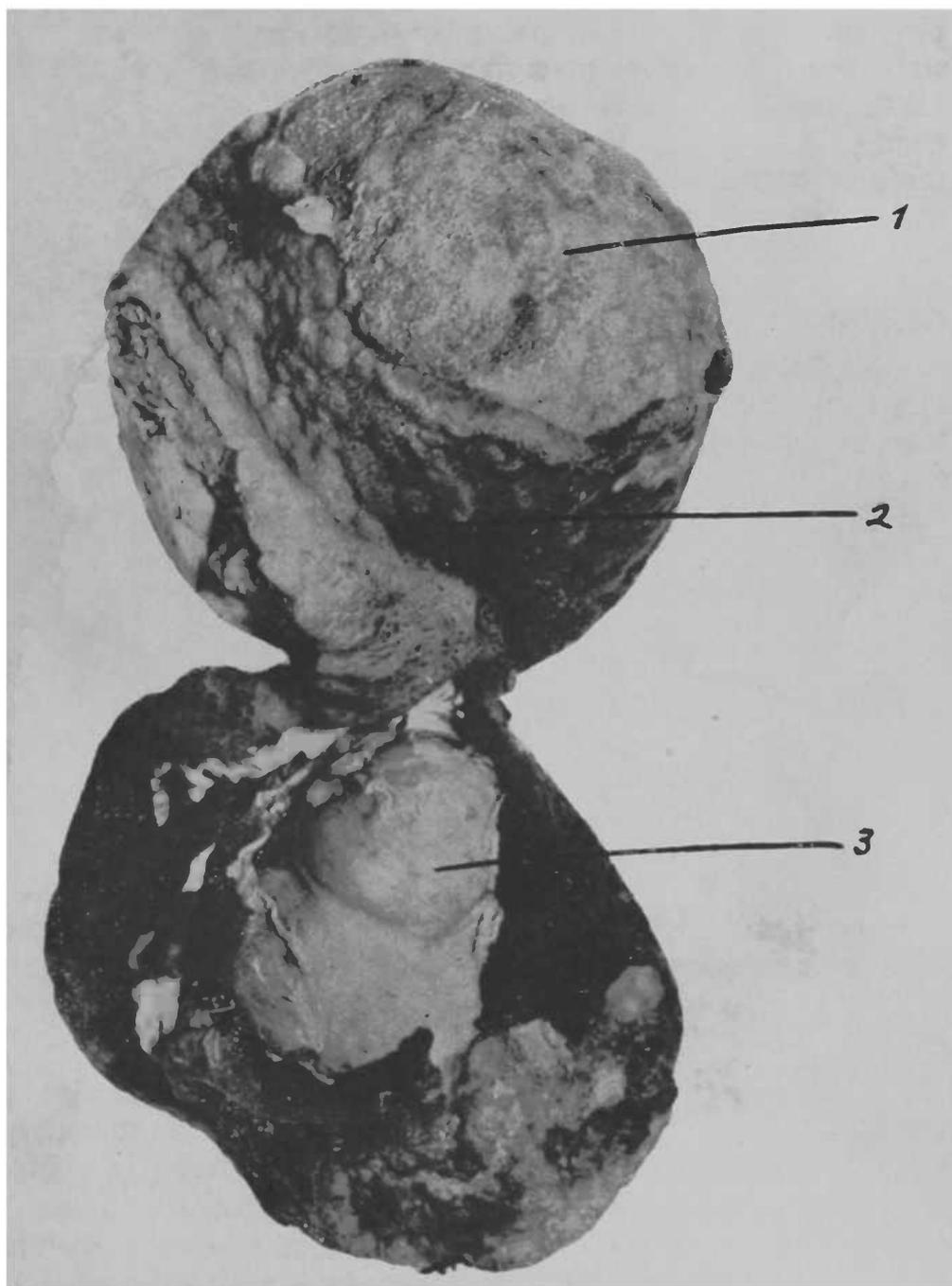
te pela invaginação, mais raramente pelo propria neoplasma benigno que a causa, não é, portanto, encontrado sempre; seja porque, sendo pequeno ou molle, não é apalpado através de uma parede espessa ou com exaggerada defesa muscular, seja porque se esconde em uma das regiões profundas do abdomen, seja porque não existe mesmo no momento do exame, pois que uma invaginação pode regredir e mais tarde reproduzir-se. A anesthesia, que afasta a resistencia da parede que se defende, os toques rectal e vaginal, pelos quaes se descobre um tumor escondido na pequena bacia, e a posição de Trendelenburg, que o desloca para o abdomen, são processos uteis de pesquisa (Brocq e Gueullette).

Na estatistica de Gueullette, que reuniu 123 casos de invaginação intestinal do adulto, o tumor falta em 49 % dos casos. Leichtenstern, em uma estatistica de 433 casos, assignala a sua ausencia em 222.

Esse tumor é as mais das vezes hypogastrico ou peri-umbilical no caso de invaginação do intestino delgado; quando se encontra em uma das fossas iliacas ou um dos hypochondrios, geralmente corresponde a uma invaginação do intestino grosso.

A's vezes é sentido, pelo toque vaginal, no fundo de sacco de Douglas. Geralmente é movel; em outros casos é fixo, porque immobilizado secundariamente por lesões inflammatorias ou porque pertence a uma porção do intestino grosso normalmente fixa; mas, mesmo aqui (pois ha um descollamento do colon) pode ser movel e facilmente deslocado em varios sentidos. "A mobilidade activa é um caracter ainda mais importante; a mão que sentiu, um dia, o tumor na fossa iliaca direita o encontra no dia seguinte na região sub-hepatica ou occupando transversalmente o epigastrio. E' mister pensar na invaginação em presença desses tumores muito moveis, que todos os dias parecem impor um novo diagnostico" (Brocq e Gueullette).

Quaes os caracteres do tumor? Quando bem observados, podem dar-lhe valor quasi pathognomonic. Se não ha invaginação ou se esta é pequena, é arredondado, ovoide ou piriforme; em invaginação extensa percebe-se um cylindro mais ou menos duro, situado verticalmente na metade direita ou esquerda do abdomen, ou transversalmente na altura do umbigo, acima ou abaixo d'elle. Esse tumor cylindrico, de comprimento variavel, apresenta uma superficie lobulada; encurvado ou dobrado em angulo recto quando localizado em um dos hypochondrios, sentindo-se perfeitamente uma das suas extremidades e sendo a outra mais difficilmente delimitavel. Apresenta á apalpação uma sensação de resistencia e, ao mesmo tempo que a dôr se intensifica muito, o tumor se intumesce ou endurece sob os dedos (signal de Cruveilhier); simultaneamente apresenta movimentos de reptação, com alternativas de augmento e diminuição de volume: verdadeiro "processo de erecção" (Rafinesque), devido á tonicidade



O lipoma, cortado, vê-se pela sua superfície externa.

1, capsula do tumor,

2, mucosa do ceco, ulcerada em alguns pontos.

3, tecido adiposo visível através de uma ruptura da mucosa.

da musculatura do intestino hypertrophiada ao nivel da invaginação, e de grande valor para o diagnostico.

A apalpação nos fornece ainda outro signal importante, na invaginação do tracto ileo-cecal; é o descripto por Dance e observado tambem por outros, da depressibilidade da fossa iliaca direita, da qual se ausentou o segmento invaginado.

A's vezes, em periodo adiantado da molestia, nota-se um pouco de ascite livre nos flancos.

Eis os principaes symptomas chronicos e signaes clinicos dos lipomas sub-mucosos e da invaginação consecutiva. A sua evolução pode durar desde dias até mêses ou annos. A obscuridade dos symptomas funcçionaes de longa duração e os dados muitas vezes negativos ou não caracteristicos de exame physico praticado em occasião desfavoravel tornam frequentemente impossivel o diagnostico acertado.

Conforme a séde das dôres, pensa-se em cholecystite, em appendicite, em typhlo-colite, etc. Quando se consegue apalpar o tumor, pensa-se em neoplasia maligna ou em tuberculose; por ser entidade rara, jamais ocorre a idéa de tumor benigno e assim o diagnostico de lipoma jamais foi feito antes da operação.

O diagnostico entre invaginação e tumor maligno pode offerecer difficuldades; mas um exame physico cuidadoso auxiliado pela radiologia resolve a questão. Mais difficil é o diagnostico differencial com a tuberculose: a anamnese nada nos fornece de caracteristico e esta affecção pode apresentar os melhores signaes de invaginação (tumor cylindrico, ou em angulo recto em um dos hypochondrios, o signal de Cruveilhier, etc.) O signal de Dance, se presente, permitirá affirmar uma invaginação. Todavia em taes casos é á radiologia que cabe decidir: se mostra uma estenose extensa e pouco accentuada ou estenoses multiplas, trata-se, sem duvida, de tuberculose.

Finalmente, em quasi um terço dos casos da literatura, o lipoma se traduziu por crise de oclusão aguda que requereu intervenção de urgencia. Na grande maioria desses casos a oclusão foi o resultado de invaginação; em alguns (4 apenas) foi devida simplesmente ao tumor e ao espasmo. O embaraço apparece subitamente, ou succede a symptomas intestinaes chronicos. Nesta ultima hypothese temos a fórma de invaginação que alguns chamaram "sub-aguda" denominação impropria, devendo dizer-se "invaginação chronica com surto agudo" Foi precisamente este diagnostico que um de nós teve occasião de fazer, ha tempos, no serviço que dirige na Santa Casa, e que viu confirmado pela intervenção (ficha n.º 6376 — 1923); a causa da invaginação, do typo ceco-colico, era um fibro-myxoma.

E' fóra de duvida a existencia da fórma aguda da invaginação no adulto, produzida por tumor ou sem causa apparente (invaginação aguda primitiva). Não era este o conceito classico, que consistia em separar a fórma aguda da creança da fórma chronica do adulto,

distincção essa ainda recentemente sustentada (Lecène, Gernez); todavia observações publicadas mostram claramente a existencia tanto da fórmula chronica na creança como da fórmula aguda no adulto. E' esta que nos interessa.

O doente é accommettido repentinamente de dôr abdominal extremamente violenta, acompanhada de vomitos ou de dejecções sanguineas, realizando-se a chamada "equação de Ombredanne" para a invaginação na infancia: signaes de occlusão + sangue pelo anus = invaginação intestinal. Em 24 ou 48 horas o paciente apresenta o *facies* peritoneal, pulso celere, temperatura baixa; ha abaulamento, tympanismo e dôr generalizada em todo o ventre; ás vezes zona de empastamento diffuso. Com este syndromo abdominal agudo, impõe-se a intervenção de urgencia, sem finuras de diagnostico. Pensa-se muitas vezes em appendicite aguda (e é com ella que a invaginação mais vezes tem sido confundida), em cholecystite aguda, em perfuração de ulcera gastrica ou duodenal, em estrangulamento interno, talvez mesmo em pancreatite hemorrhagica; e se se percebe tumor, em volvulo, em torsão de um kysto do ovario; só a intervenção revela a existencia do tumor ou invaginação intestinal.

RADIOLOGIA — Evidentemente o exame radiologico não poderá ser praticado no syndromo abdominal agudo; encontra, porém, sua maxima indicação nos casos chronicos, os mais frequentes. Quatro vezes, incluindo o nosso caso, foi feito o exame radiologico em lipomas intestinaes e só de uma feita (caso de Labey) revelou a existencia de obstaculo na luz intestinal.

Em invaginação, geralmente o exame só demonstra estenose. Em alguns casos, porém, forneceu imagem mais caracteristica: parada da columna opaca segundo uma linha convexa correspondente á cabeça da invaginação, outras vezes um filete opaco correspondente á luz muito estreitada do segmento invaginado, a ausencia apparente ou mui pequeno comprimento de um segmento intestinal (Gueullette).

TRATAMENTO — E' sempre cirurgico, quer se trate de simples lipoma quer complicado de invaginação. A expulsão do tumor ou do segmento invaginado e a desinvaginação espontanea são occurrencias mui raras e ninguem esperará por ellas. A insuflação e a injeccção de liquido, sob pressão, pelo recto, preconizadas por alguns, são processos perigosos e actualmente abandonados.

O caso mais simples é o de lipoma do recto, facilmente retirado por via natural: enucleação sub-mucosa ou secção com o thermo-cauterio, precedida pela ligadura do pediculo.

Nas outras eventualidades recorre-se á via alta. Da localização do tumor depende a incisão; mas quando apenas se diagnostica o embaraço, prefere-se geralmente a celiotomia mediana.

Encontrando-se um tumor pequeno, sem invaginação, pratica-se uma enterotomia, seguida de ligadura do pediculo e secção ou de enucleação sub-mucosa; quando o tumor é sessil e volumoso, resecção in-

testinal, ou ablação do tumor com sua base de implantação se elle está situado no intestino grosso.

Se existe invaginação, examiná-la e verificar a séde; se em um dos colons fixos, o que é raro, descollar essa porção do intestino da parede abdominal posterior; se houver adherencias que impeçam a desinvaginação, rompê-las com cuidado, exercendo em seguida pressão lenta e delicada para fazer regredir o segmento invaginado. Muitas vezes conseguimos realizar esse intento, o que foi possível em 25 % dos 120 casos da estatística de Gueullette. Feita a desinvaginação, se ha tumor proceder á sua extirpação. Se a invaginação não tem causa apparente, apenas fixar o segmento do colon descollado da parede posterior. Mais frequentemente o colon se mostra movel, com um meso longo que se descollou da parede posterior; nesse caso a sua fixação não dá resultado apreciavel, convindo então praticar uma resecção intestinal, desde que o estado do doente o permita.

Muitas vezes a invaginação não pode ser desfeita, devido ao obstaculo mechanico creado pelo tumor que a causou, ou a um inicio de estrangulamento ou esphacelo mais ou menos adiantado. Na primeira hypothese podemos praticar a extirpação do neoplasma pela enterotomia e depois a desinvaginação: technica pouco aconselhavel porque deixa aberta uma alça septica. Em summa, é sempre preferivel a resecção intestinal, seguida de anastomose termino-terminal ou termino-lateral, processo já muitas vezes adoptado, com pleno exito, dependendo, entretanto, das boas condições do doente. Nos doentes depauperados, exgottados por doença chronica de longa duração, ou naquelles que o mal, por seu caracter superagudo, levou a um estado gravissimo, com ventre abaulado, pulso filiforme, resfriamento das extremidades, não devemos arriscar uma intervenção séria como a resecção intestinal. Aqui, recorrer a um anus artificial e mais tarde fazer a resecção, ou exteriorizar as lesões e posteriormente reseccar a alça necrosada.

Em vez de praticar a resecção de todo o segmento intestinal que contem a invaginação, Barker e outros cirurgiões aconselham incisar a bainha e em seguida reseccar sómente a porção invaginada (o *boudin*); e defendem este processo dizendo que produz menor choque. Outros rejeitam-n-o porque exporia mais facilmente á infecção; de facto, registraram-se dois casos de peritonite em doentes assim tratados, ao passo que os operados de resecção completa morrem ás vezes pelo estado de extremo depauperamento em que se acham, ou por complicação a distancia (p. ex. broncho-pneumonia), mas não succumbem de peritonite.

BIBLIOGRAPHIA

Dados bibliographicos mais completos se encontram nos artigos de Stetten, King, Vaccari, Derocque e principalmente na these de Gueullette. Aqui citamos somente os trabalhos que consultámos e nos forneceram elementos para o presente artigo.

- ABADIE — Invag. iléo-cœcale par péricolite membraneuse — Arch. des Mal. de l'app. digestif, 1922.
- BALGARNIE — Two cases of intestinal tumour: operation; recovery — The Brit. med. Journal, n.º 3121, 1920.
- BENJAMIN — An accessory pancreas with intussusception — Ann. of Surgery, LXVII, 1918.
- BAPTISTA, V. — Invaginação intestinal — Brasil Medico, Set. 1926.
- BORST — Trattato di Anatomia Patologica del Aschoff, trad. ital., vol. I.
- BOTREAU-ROUSSEL — Invagination iléo-iléale de l'adulte produite par un fibro-léio-myome sous-muqueux. Résection intestinale et anastomose termino-terminale. Guérison. — Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, le 2 Juillet 1927
- BROCQ et GUEULLETTE — L'invagination intestinale de l'adulte. Formes cliniques et étude radiologique — Journal de Chirurgie, XXIII, 1926.
- BROCQ et HERTZ — Révue de Chirurgie, n.º 6, 1921.
- CARLUCCI — Polypoid lipoma of the intestinal tract — Ann. of Surgery, LXXIV, 1921.
- CAMBOURS — Un cas d'invagination intestinale avec élimination spontanée d'un boudin mesurant 83 cm. de long — Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, 1906.
- COLLINSON — A case of enteric intussusception with Henoch's purpura — The Lancet, 1910.
- CZEPA — Die Invaginatio Ileocæcalis im Röntgenbilde — Wiener Klin. Wochenschrift, 1922.
- LE DENTU et DELBET — Nouveau Traité de Chirurgie, XXXVII (Affections chirurgicales du gros intestin, par E. Mériel).
- DEROCQUE, P. et A. — Les lipomes sous-muqueux de l'intestin — Journal de Chirurgie, 1924.
- EHRlich — Zur Kasuistik der Intestinallipome — Beitr. zur Klin. Chir., LXXI, 1910.
- FABRE — Invagination intestinale par diverticule de Meckel — Rapp. de Savariaud — Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, 1920.

- FALCONER — A case of intussusception, illustrating the fallacies and dangers of the "inflation" treatment — *The Lancet*, 1906.
- FARR — Bowel inflation for intussusception — *Ann. of Surg.*, LXXXIII, 1926.
- FITZWILLIAMS — The pathology and etiology of intussusception from the study of 1000 cases — *The Lancet*, 1908.
- FROMMER — Ein Fall chronischer Invagination kompliziert durch eitrige Wurmafortsatzentzündung — *Wiener Klin. Woch.*, 1922.
- GERNEZ — Traitement de l'invagination intestinale — Thèse de Paris, 1906.
- GUEULLETTE — Thèse de Paris, 1925.
- GUTIERREZ — Dos casos de invagination intestinal en adultos — *Bol. y trab. Soc. de Cir. de Buenos-Aires*, IX, 1925.
- HEINONEN — A case of intestinal intussusception by submucous lipoma; study of mechanism of intestinal intussusception — *Finska läk-sällsk handl.*, 68, 1926.
- HEURTAUX — Note sur les tumeurs bénignes de l'intestin — *Arch. prov. de Chir.*, 1899 et 1900.
- KAREWSKI — *Deutsch. Med. Wochensch.*, 1921.
- KENNEDY — Ileal intussusception following severe trauma — *The Lancet*, 1920.
- KING — Benign tumours of intestines with special reference to fibroma — *Surg., Gynec. and Obst.*, XXV, 1917.
- LABEY — Lipome sous-muqueux du gros intestin — *Bull. Soc. Chir. Paris*, 1920.
- LAVESSON — Studien über die sogenannte invaginatio ileocæcalis — *Acta Chirurgica Scandinavica*, 1926.
- LERICHE — Lésions des plexus d'Auerbach e de Meissner, dans un cas d'invagination iléo-cæcale. Rôle du sympathique dans le mécanisme de l'invagination — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1918.
- LERICHE et CAVAILLON — Des conditions anatomiques nécessaires à la production de l'invag. intest. — *Sémaine Méd.*, 1907.
- MÉRIEL — V. Le Dentu et Delbet.
- MOORE — Lipomata of the sigmoid — *Surg., Gyn. and Obst.*, XL, 1925.
- MOORLE — Intermittent intussusception — *Méd., J. of Australia*, 1918.
- MOORO — Acute intussusception in an adult during a fast — *The Brit. Med. Journal*, 1924.
- MITCHELL — Traumatic intussusception — *The Brit. Med. Journal*, 1925.

- NASH — Submucous lipoma of cæcum — The Brit. Med. Journal, 1924.
- OELBERG — Acta Chirurgica Scandinavica, 1920.
- OWEN — Remarks on the diagnosis and treatment of chronic intussusception — The Brit. Med. Journal, 1924.
- PERDOUX — Invagination intestinale aiguë chez l'adulte — Bull. et Mém. Soc. Chir., le 2 Juillet 1927.
- PERRIN — Invagination intestinale sous-aiguë. Polypes multiples du cæcum — Lyon Chir., 1925.
- PROPPING — Mitteil. an der Grenzgebiete, 1910.
- QUÉNU — Invagination à répétition du grêle. Absence congénitale de la moitié droite du gros intestin — Bull. et Mém. Soc. Chir. 1916.
- RAFINESQUE — L'invagination intestinale — Thèse de Paris, 1878.
- RUBEN — A case of subserous lipoma of the colon transversum incarcerated in the sac of an umbilical hernia — Acta Chirurgica Scandinavica, 1921, LIII.
- SACCONAGHI — Diagnostic des tumeurs abdominales — trad. française.
- STAEMMLER — Die Neubildungen des Darmes — Neue Deutsche Chirurgie, Stuttgart, 1924, bd. 33 a.
- SULLIVAN — Intussusception in adults — Boston M. & S. Journ., 1924.
- STEPHENS — Acute intussusception without pain — report of the case — Journ. Amer. Med. Assoc. LXXXVIII, 1927.
- TANASESCU — Six cas d'invagination intestinale. Discussion par Leçène, Cadenat, Gernez et Okinczyc. — Bull. et Mém. Soc. Chir., le 2 Juillet 1927.
- WHARTON — Intussusception caused by a lipoma of the descending colon. Acute intestinal obstruction; resection of the colon. — Ann. of Surgery, LIV. 1911.
- WENDEL — Über Geschwülste des Dünndarmes — Münch med. Wochenschrift, 1925.

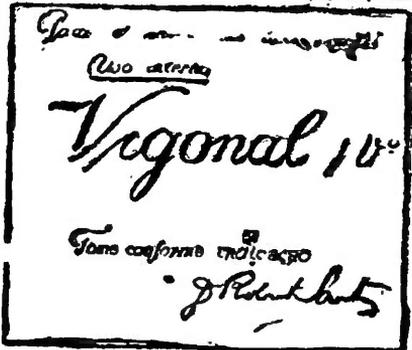
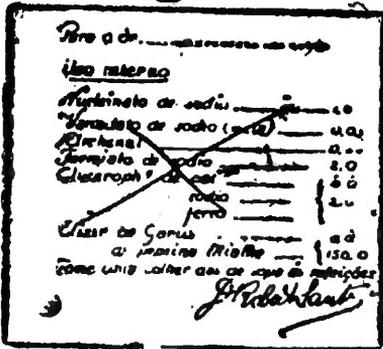
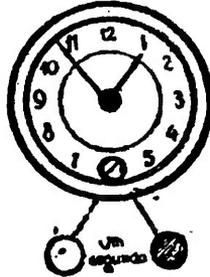
O LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA

prepara sob o nome de

RADIOVITAMINA

OLEO DE COCO IRRADIADO, COM EXTRACTO DE MALTE

V. S. já pensou no valor do seu tempo?



V. S. levará 5 minutos para formular esta receita.

Em um segundo V. S. obterá o mesmo resultado.

REFLECTA SENHOR DOUTOR

O tempo é dinheiro principalmente para o Medico. Porque V. S. ha de perder o seu precioso tempo em formular, quando com uma só palavra, poderá proporcionar ao seu doente um fortificante, cuja formula merece a sua inteira approvação? Receitando "VIGONAL" ao seu Cliente elle tomará um remedio manipulado escrupulosamente com drogas de absoluta pureza chimica. Não se esqueça do nome "VIGONAL". Recelte hoje mesmo ao primeiro doente que apparecer em seu consultorio e que esteja necessitado de um reconstituinte energico. V. S. não se arrependará e ficará plenamente convencido do que acabamos de expôr.

O Doutor tem á sua inteira disposiçao as amostras gratis que desejar para experimentaçao.