

## FISSURA ANAL. CONCEITO E TRATAMENTO

SYLVIO D'AVILA

*Diplomado em medicina pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil em 1927. Docente de Técnica Operatória da nossa Faculdade, o Prof. Sylvio D'Avila foi um dos pioneiros da Proctologia no Brasil, com destacada atividade no Rio de Janeiro. Foi um dos fundadores e o primeiro Presidente da Sociedade Brasileira de Proctologia, chefiou o Serviço da especialidade na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e exerceu o magistério na Faculdade de Medicina da U.F.R.J. e Faculdade Souza Marques. Deixou uma Escola com especialistas atuantes em vários Estados e divulgou a especialidade publicando inúmeros trabalhos e tendo atuação marcante e freqüente nos Congressos e em Cursos. A divulgação deste trabalho, publicado no número de dezembro de 1942, na Revista Brasileira de Cirurgia, é uma justa homenagem a este grande cirurgião brasileiro.*

Joaquim José Ferreira

D'AVILA S - Fissura anal. Conceito e tratamento. *Rev bras Colo-Proct*, 1993; 13(4): 144-160

É uma afecção proctológica perfeitamente definida, possuindo características que permitem reconhecimento fácil, com a criação de uma verdadeira síndrome fissurária.

Consiste, no início, de um pequeno rasgão superficial e posteriormente de uma ulceração, do revestimento cutâneo e de transição do canal anal, acompanhada de dor durante e após a defecação.

Mereceu do Prof. Visde de Saboia (56) uma belíssima lição, que parece-nos ter sido a primeira publicação sobre o assunto escrito no Brasil.

### Considerações gerais

**Idade** - Comum no adulto, sendo rara na infância, embora Kjelberg (1), conforme citação de A. Jacobi, relate que, no dispensário de Stocolm, em 9.098 crianças, encontrou 128 casos de fissura, sendo 60 meninos e 68 meninas, a maioria com menos de um ano e 73 aquém de quatro meses de vida.

**Sexo** - Indiferente, havendo estatísticas discordantes, sendo que nós, em 123 casos, constatamos 74 vezes na mulher e 49 no homem e H. Sodré (60), em 115, verificou 64 no sexo feminino e 51 no masculino.

**Número** - Na maioria dos casos só existe uma, encontrando-se, porém,  s vezes duas, e mais raramente tr s. Em nossa casuística encontramos 116 simples, seis duplas e uma

tríplice. Buie e Butsch (23) consignam um interessante caso de múltiplas fissuras, numa paciente de 55 anos, t bida, concluindo tratar-se de uma manifesta o de sífilis terciária   vista da cicatriza o das feridas anais, sem menor a o local, somente pelo tratamento antilue tico. A observa o desses autores tem sido muito citada em publica es e livros recentes, pois realmente merece todo acatamento, embora ainda não tenhamos observado caso similar.

Gabriel (32) dizendo serem as fissuras múltiplas e superficiais talvez mais comumente encontradas nas mulheres, são porém resultantes dos seguintes fatores: estreiteza cong nita do canal anal e estenose anal adquirida consecutiva   ingestão de aperientes fortes, como sais ou fenolftalina, no período de anos. A passagem diária de evacua es aquosas produz a contra o do esfíncter e dos tecidos do canal anal: o  nus torna-se friável, irritado, favorecendo assim a forma o de múltiplas fissuras.

**Localiza o** - 1) Quanto ao segmento do canal anal.

As fissuras apresentam uma localiza o perfeitamente estabelecida, pois se encontram justamente no espaço compreendido entre as linhas dentada e ano-cutânea do canal anal de acordo com o esquema de James W. Morgan (50) (Fig. 1).

A no o desta localiza o   de suma importância no diagnóstico diferencial, pois ainda são lembradas as fissuras "toleráveis e intoleráveis" de Molli re, "tolerantes e intolerantes" de Gosselin, que, como se compreende,   uma referência   acuidade dolorosa, porém permitindo certa confusão entre úlceras e fissuras, sendo que Joseph Matthews (44) bem compreendeu o assunto, dizendo ser "a linha branca de Hilton" o limite separativo, colocando acima as tolerantes e abaixo as intolerantes.

Resulta, assim, que só podem ser compreendidas como fissura\* anal os rasgões ou ulcera es t picas encontradas no segmento cutâneo do canal anal, isto  , região das pregas anais e zona de transi o, pecten;   bem verdade que deve se ressaltar que ulcera es de outras naturezas   também se localizam, porém facilmente diferenciáveis.

Consideramos err neo computar-se somente o elemento dor como escopo para uma classifica o das fissuras, pois esta entidade proctológica apresenta outros elementos somáticos e sintomáticos que não devem ser desprezados, assim como não aceitamos as classifica es que se orientam pelo esfíncter, para subdividi-las em supra-esf ncterianas, infra-esf ncterianas e esf ncterianas (Blandin - 20) ou em primeira, segunda, terceira e quarta classes (Bodenhamer - 20), orienta o ainda seguida por alguns autores.

Quanto   circunferência ou quadrante anal.

As fissuras não se colocam indiferentemente no contorno anal. São unânimes as constatações dos autores, na presença mais freqüente na linha mediana ou comissura anal posterior, vindo em menor número na comissura anterior e raramente na parte lateral.

Pennington (51), em seu trabalho, apresenta um diagrama que consigna no homem 99% posteriormente e 1% anteriormente, e na mulher 92% posteriormente e 8% anteriormente; Haroldo Sodré, no homem 49 post., 4 ant. e 2 laterais, na mulher 58 post., 7 ant. e 1 lateral; enquanto nós, no sexo masculino, 41 post., 4 ant., 2 duplas ant. e post. e 1 tríplice dupla e lateral, e no sexo feminino 53 post., 18 ant. e 3 duplas; Buie (24) em 3.427 doentes de fissura anal, 83% na parte posterior, 17% anteriormente e 0,3% somente na parte lateral.

Como explicar a seqüência desta distribuição?

Matthews (44) constatando a freqüência da fissura posterior diz não saber explicar o motivo deste acontecimento, lembrando no entanto, talvez por ser o ânus nesta região mais imóvel, pela sua conexão com o cóccix.

Wallis (42) refere que a razão da freqüência no segmento anal posterior é, sem dúvida, "because of the sharp backward curve which occurs at the last part of the rectum".

É interessante assinalar que esta explicação da constância da fissura anal posterior, como Wallis simplesmente enunciou, em 1907, é hoje repetida por todos os autores, sendo que não podemos porém afirmar ser da autoria desse proctólogo americano.

Lynch (43) explica as fissuras anteriores nas mulheres pelos seguintes fatos: "A ausência congênita do períneo ou sua ruptura durante o parto acreditamos ser a causa da localização anterior das fissuras nas mulheres. Isto temos pessoalmente observado em inúmeros casos. Estas pacientes são constantemente constipadas, e, devido à falta de apoio anteriormente, a matéria fecal que se acumula no reto recalca a vagina, e por conseguinte requer grande esforço para ser expelida. Resulta que a congestão, a carência de apoio e o esforço expulsivo fazem a membrana mucosa da região da comissura anterior ser freqüentemente traumatizada."

Pennington (51) assevera a convicção do motivo da freqüência no quadrante posterior ser um fator predisponente de natureza anatômica, isto é, devido ao apoio fornecido ao canal anal pelos músculos elevadores anais e esfíntéricos. Apresenta diagramas, sendo que num deles demonstra a flexura perineal do reto, resultante das ações musculares antagônicas do elevador anal para diante (inserção pubiana) e do esfíncter externo para trás (inserção coccigeana), e noutro desperta a atenção: primeiro para as fibras coccígeas e divergentes do esfíncter externo e segundo para a diferença de distância que há entre as inserções do esfíncter externo (para trás - cóccix e para diante - nódulo central do períneo) com o centro do canal anal, sendo que esta distância é de 1 1/2 polegada do cóccix à comissura anal posterior, o dobro da compreendida entre a comissura anterior e o nódulo central do períneo. Resulta assim para Pennington, que, por esta diferença de distância entre a origem e inserção do músculo e o centro do canal anal, suas fibras são desenvolvidas mais posteriormente que anteriormente, e uma vez que a flexão é feita de dentro para fora, elas serão mais facilmente separadas ou fendidas do que dilaceradas em ângulo reto, concluindo: 1) o ponto mais fraco do esfíncter deve ser na ou próximo da comissura posterior; 2) o ponto mais fraco a seguir é na ou próximo da comissura anterior; 3) este último ponto é mais fraco na mulher; 4) os quadrantes laterais ou os lados recebem o maior apoio da musculatura. Por conseguinte, diz ainda Pennington, "quando o canal anal é superdistendido ou colocado sob força suficiente, como a passagem de volumosa e endurecida massa fecal, o esforço para a ruptura dos tecidos, o rasgão deve ocorrer primeiro na superfície dorsal, onde existe o menor apoio muscular; segundo, na superfície anterior, como ponto fraco mais próximo; e terceiro, finalmente, nos lados. Conseqüentemente esta é a ordem pela qual estes rasgões do canal devem - aliás, ocorrerem".

Realmente é inegável por qualquer e de fácil comprovação a ordem discriminada por Pennington na sucessão da deiscência dos tecidos do canal anal, quando esta região anatômica sofre esforços que promovem sua superdistensão, seja com o indivíduo anestesiado ou não, como acontece nas manobras propedêuticas ou cirúrgicas na prática proctológica.

Hirschman (39) recorda os seguintes fatores da freqüência da lesão da comissura posterior: "Resulta da concavidade do sacro, ser tal a curvatura do reto e canal anal, que a maior força durante a expulsão da evacuação é sempre na comissura posterior; também deve ser lembrado que algu-



Fig. 1 - Esquema de Y. W. Morgan. Esquema anatômico do canal anal com a musculatura e segmentos internos: A - Linha anocutânea; B - Linha branca de Hilton; C - Linha denteada ou "pectinate line"; D - Linha anorretal; B-C - Pecten.

mas das fibras do esfíncter anal são paralelas entre si posteriormente e para o cóccix, que é a direção da linha anal de clivagem.

Lochkart-Mummery (42), com a autoridade do seu nome, foi quem mais divulgou o valor da disposição do esfíncter externo em Y com suas inserções coccigeanas, que, se dividindo em duas metades, rodeiam o canal anal, indo se entrecruzar na frente, tendo portanto reforçado os segmentos laterais deste conduto, deixando assim sem apoio a comissura posterior, que é o ponto mais fraco, vulnerável, de início aos traumatismos. Também chamou a atenção para o reforço das superfícies laterais resultantes das relações existentes entre estas superfícies e o músculo elevador anal.

Rankin, Barga e Buie (53), por sua vez, acham que esta localização é devida à grande firmeza fornecida pelos músculos elevadores anais às margens laterais do canal anal. Estes músculos, que são contínuos neste nível, no entanto, anterior e posteriormente as suas fibras, em vez de rodearem, circundarem o canal anal, cruzam-no, assim tornando-o mais frágil, apto a se romper a pressão mais forte, seja para diante, seja para trás. E a razão verdadeira para estes autores americanos da fissura posterior é a maior pressão exercida pela massa fecal em sua descida sobre este ponto, por causa da angulação existente justamente neste local, enquanto ser uma linha reta na face anterior.

Buie (24), agora em 1937, recorda, na disposição do esfíncter externo e na angulação posterior do canal anal com o reto, os motivos predisponentes da frequência da localização da fissura no quadrante anal posterior.

A opinião de todos estes autores merecerá adiante considerações que muito elucidarão o assunto, numa tentativa da justa compreensão de etiopatogenia da fissura anal com os seus caprichos de localização.

### **Patologia. Aspecto inicial. Mudanças patológicas. Complicações**

O aspecto que apresenta a fissura depende necessariamente do tempo e natureza de sua evolução; modificações patológicas secundárias transformam o rasgão ou corte inicial numa úlcera calosa com características especiais.

Assim deve ser estudada a lesão em início, evoluída ou antiga e as complicadas.

*Lesão no início* - Consiste num simples rasgão ou corte, idêntico aos que se formam em qualquer parte do corpo. É superficial, só abrangendo o forro epitelial do canal anal, de forma linear, verdadeira ferida incisa, portanto de bordos regulares, delgados, fundo vermelho e liso de comprimento em geral de 1/2 a 1 cm no máximo, ficando quase sempre a meio caminho do espaço compreendido entre as linhas denteada ou pectínea e a anocutânea - localizando-se assim sobre o pecten em parte e entre duas pregas radiadas. É necessário realmente para se examinar fazer o afastamento das duas pregas cutâneas, para, no sulco compreendido, encontrar-se o rasgão.

A formação deste corte, como veremos adiante, é consecutivo na maior parte pela superdistensão do canal anal por massa fecal volumosa e dura com o aparecimento de ardor

que revela a sua presença, podendo às vezes com certos cuidados ser obtida a cicatrização sem outros sinais.

Com a repetição deste fato, isto é, traumatismo local pela superdistensão e ação direta sobre a ferida, aparece no cenário um sintoma que é peculiar à fissura, consistindo em espasmos dolorosos de esfíncter anal externo e do interno e ocasionalmente do elevador anal (Gabriel).

O espasmo anal foi o elemento preponderante para Boyer na gênese das fissuras, sendo assim esta contratura a doença primitiva e o rasgão ou a úlcera uma conseqüência dela. Esta teoria de Boyer, ainda citada como fato histórico por autores modernos, já em 1868 com Bodenhamer (20), sofreu crítica tão severa, com argumentos tão sólidos, tirados das próprias observações clínicas de Boyer, que ficou desde então em franco descrédito. Tuttle tem uma frase muito sugestiva sobre a concepção de Boyer, que é adaptar no caso o rifão "o carro adiante dos bois", que realmente corresponde à veracidade.

É clássico o esquema de Hilton, na demonstração do arco reflexo que se forma das excitações partidas das terminações nervosas encontradas nas fissuras, que explica a contratura dolorosa e outros sintomas também dolorosos, na região ou trajetos dos nervos da mesma origem ou vizinhos, como os pudendos, ciático etc., portanto, por via reflexa.

A respeito deste conceito, isto é, terminações nervosas ocupando o leito das fissuras, não podemos deixar de citar as constatações histológicas, aliás já clássicas, da autoria de Quenu e Hartmann, cujas conclusões exaramos de Pennington: "1) em nenhum dos cortes foram encontrados filamentos nervosos expostos na superfície da lesão, como invocavam Hilton e os autores ingleses; 2) em algumas fissuras foram constatados filamentos nervosos bastantes alterados por processos inflamatórios, nos tecidos subfissurários. Portanto, não há irritação dos nervos e sim eles mesmos participam do processo inflamatório".

Tuttle, aceitando os achados de Quenu e Hartmann, faz no entanto uma crítica às suas conclusões, numa lógica bem fundada, dizendo que se os autores franceses tivessem realizado suas pesquisas nos casos agudos forçosamente encontrariam terminações expostas, pois estas feridas recentes não poderiam fugir às características de todas as feridas do corpo, se não como explicar as dores agudas, picantes, tão diferentes das dores nos casos crônicos?

Nesta fase da doença o esfíncter externo do ânus se apresenta puramente espástico, sem ainda ter sido atingido por processo lesivo de natureza inflamatória, formando o "ânus espástico" conforme a designação encontrada em Rankin, Barga e Buie.

Constituída a fissura, com o seu conjunto patológico, realiza-se a síndrome fissurária, integrada pelos três elementos: a dor, a contratura muscular, e o rasgão ou ulceração.

Este aspecto inicial da ferida recente, com a repetição dos traumatismos diários e principalmente pela ausência de tratamento, se transforma, sofrendo mudanças patológicas secundárias, de grande relevo e importância na deci-

são da terapêutica a ser indicada, como também na repercussão sobre o estado geral do paciente, pela sintomatologia acrescida.

*Lesão antiga ou evoluída* - Mudanças patológicas se processam na fissura decorrentes dos seguintes elementos: *infecção, estase linfática e contratura esfínteriana*, com modificações sobre a lesão ulcerosa como sobre o esfíncter.

Assim, devido aos fatores acima citados, podendo-se acrescentar mais um, que é a *drenagem deficiente* da ferida decorrente principalmente da contratura muscular, realizam-se na fissura e no esfíncter grandes modificações, que transformam completamente o aspecto inicial, de simples abrasão epitelial ou rasgão numa úlcera calosa, crônica, constituindo-se o que se designa de fissura anal crônica (Gabriel) ou antiga ao contrário da outra, que é aguda ou recente.

*Modificações sobre a fissura* - É uma úlcera similar a qualquer outra, apresentando porém características próprias, sendo que na descrição que se segue estudaremos uma fissura com todas suas modificações patológicas, que se realizaram após lapso de tempo variável, porém nunca menos de 30-40 dias, encontrando-se assim todas as nuances intermediárias dos elementos componentes do aspecto da ulceração.

Uma fissura antiga é composta da seguinte tríade:

- 1 - úlcera calosa;
- 2 - hemorróida sentinela de Velpeau-Brodie;
- 3 - polipo fibroso de Quain-Allingham.

1) *Úlcera calosa* - Esta lesão apresenta em geral a forma de uma raquete de cabo dirigida para dentro, ocupando o espaço justo compreendido entre a linha dentada e a linha anocutânea, portanto maior eixo no sentido longitudinal. Predomina no aspecto geral a impressão, que é real, de uma grande riqueza de tecido fibroso, que dá à úlcera a dureza encontrada em toda sua superfície, índice da cronicidade do processo inflamatório, de importância para a resolução terapêutica.

As bordas são duras, elevadas, aderentes aos planos subjacentes, embora em menor tempo evolutivo possam ser solapadas; o leito ou base da fissura é em geral granuloso, sensível ao contacto, pardacento, sendo constituído por tecido duro fibroso, que sangra ao atrito. Este leito ou base para Miles (46) consiste na "band peeten" fibrosada, enquanto que em casos raros a exposição das fibras transversais da porção subcutânea do esfíncter externo é patente, como já temos pessoalmente constatado; aliás, já os clássicos tinham consignado esta eventualidade, sendo que Merat foi para Busche (25) o primeiro a verificar a ulceração alcançar o tecido muscular.

2) *Hemorroida sentinela de Velpeau-Brodie* - Inicialmente justifiquemos a razão do nome de Velpeau estar antecedendo ao de Brodie, quando é este somente citado pela maioria dos autores antigos e modernos, como o primeiro que descreveu ou assim denominou esta formação subfissurária. No tratado de Bodenhamer (20) sobre fissura anal, de 1868, encontramos a seguinte citação: "Il Velpeau mentions this excrescence. He says: It is not infrequent, in fissure, to find a hemorrhoidal tubercle forming, as it were, its

root, and receiving, so to speak, its tail" (loc. cit.). Ora, Bodenhamer por várias vezes cita o nome de Brodie, e na descrição desta formação patológica transcreve unicamente trechos de Velpeau, de Syme e Smith, sendo que na sua bibliografia encontramos os trabalhos de Velpeau em época anterior ao de Brodie, da seguinte maneira: "Velpeau (Alf. L. M.) Dictionnaire de Médecine, Deuxième édition. Tome III, p. 300, Paris 1833", e "Brodie (Sir Benjamin C.) Clinical Lectures ou Surgery. Lect. p. 322. Philadelphia, 1846".

Poderíamos ainda acrescentar que Mathews (3), o primeiro Presidente da Sociedade Americana de Proctologia, em seu tratado (1896), ao descrever a "hemorróida sentinela", consigna o seguinte trecho: "Acredito que o meu amigo Dr. Richard O. Cowluig, falecido, foi o primeiro a considerar este tumor como patognomônico da fissura. Desde que ele chamou a minha atenção há alguns anos passados, tenho considerado esta asserção como correta".

"Hemorróida sentinela" é uma expressão não bem aplicada, pois não há menor ligação a esta patologia do plexo venoso hemorroidal, tanto que entre nós Dirceu de Almeida (27) lembrou a designação de "plicoma\* carapuça" para substituir ao "sentinel pile" dos autores anglo-americanos ou "capuchon hemorroidaires" dos franceses.

Consiste a "h. s." numa prega cutânea edemaciada em forma de capuz, encontrada na extremidade externa ou inferior - da fissura; de proporções variáveis, às vezes simples relevo, pode porém permitir a introdução de 1 cm da extremidade de um estilete. É resultante da infecção e da estase linfática proveniente das perturbações circulatórias oriundas da contratura esfínteriana.

3) *Polipo fibroso\*\* de Quain-Allingham* - Consiste numa papila anal hipertrofiada ou papila-fibromata de Bacon (13) com edema acessório, justamente na extremidade superior ou interna da fissura, marcando assim o limite interno da lesão ulcerosa. De dimensões e forma variáveis (Figs. 2, 3, 4 e 5) representa com a hemorróida sentinela índice certo da cronicidade do processo inflamatório.

Ainda uma explicação que é pelo nome de Quain estar junto ao de Allingham, considerado como o primeiro que descreveu estas projeções papilares na fissura anal, o que parece-nos não corresponder verdadeiramente à realidade, pois no tratado de Quain (52) de 1854, posterior aos dos Allinghans (4), encontramos na descrição do caso 50 no capítulo "Ulcers of the skin and mucous membrane" o seguinte trecho, que justifica a nossa asserção:

"The ulceration was seated in the middle, at the back part of the bowel, immediately within the verge of the anus; and it involved the membrane covering the external as well as the internal sphincter. Above it there were two small, hard, and pendulous projections, about half - an - inch long, probably the remains of internal hemorrhoids. Incised the ulcer, together with the mucous membrane and skin beyond it, and snipped away the polipiforms bodies of the same time."

\* Termo da autoria de Pitanga Santos.

\*\* Assim designado por Allingham.



Fig. 2 - A - úlcera calosa; B - papila fibromata; C - papila anal hipertrofiada da maneira mais corrente.

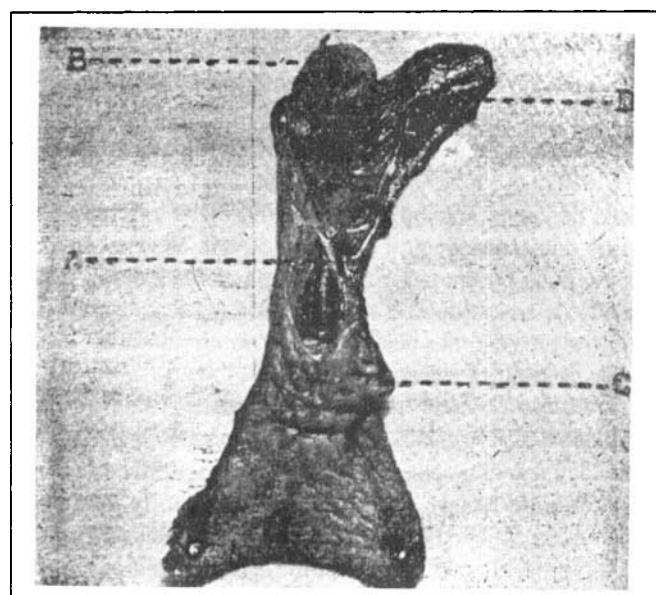


Fig. 3 - Quatro patologias: A - úlcera calosa; B - papila fibromata; C - Hemorróida-sentinela; D - mamilo hemorroidal.

Destas três formações acima descritas é óbvio assinalar que somente a úlcera calosa é obrigatória, sendo os outros duas falhas na constância, podendo existir simples ou associados entre si.

*Modificações sobre o esfíncter* - São unânimes todos os autores sobre as modificações que se processam sobre o esfíncter, que devido aos traumatismos constantes e infecção concomitante, torna-se duro, com depósito fibroso entre seus feixes, assim como hipertrofiado. Realmente é de fácil verificação num portador antigo de fissura, a diminuição da elasticidade anal, com o seu cortejo de sintomas da obstipação resultante do funcionamento deficiente desta musculatura alterada.

Esta noção é de suma importância, pois é uma condição a ser atendida no tratamento, com a dupla finalidade de corrigir o canal anal, restabelecendo o seu diâmetro, como prevenir a recorrência da fissura.

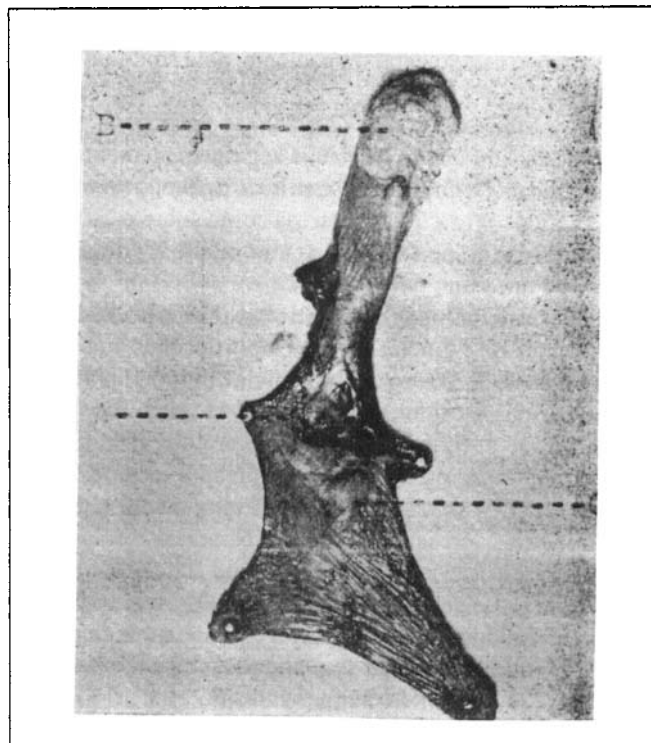


Fig. 4 - A, B e C iguais às outras legendas.

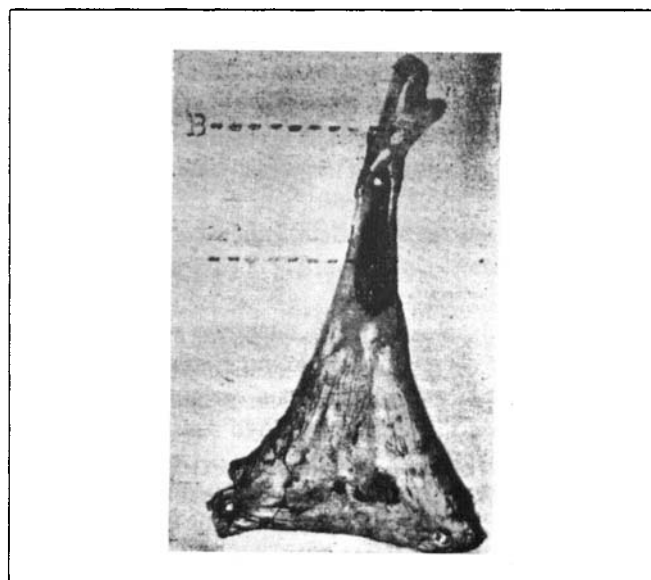


Fig. 5 - A - úlcera calosa; B - papila hipertrofiada bifida.

Rankin, Bagen e Buie dão grande valor ao conhecimento do estado do músculo anal e dividem o esfíncter em dois tipos conforme a alteração de sua elasticidade:

a) tipo elástico, caracterizado por contrações espasmódicas, não havendo ainda infiltração muscular e corresponde aos casos recentes; designam a esta condição de "spastic anus";

b) tipo inelástico, em que há depósito fibroso entre os feixes musculares do esfíncter que destrói sua elasticidade, criando o "contracted anus", condição encontrada nos casos antigos.

*Complicadas* - Queremos aqui somente nos referir às complicações oriundas diretamente da lesão ulcerosa, particularmente aos processos de infecção local ou à distância, deixando de lado as doenças associadas por não considerarmos uma complicação e sim simples coincidências de patologia.

Gabriel nos ensina que o aparecimento de pus entre as bordas de uma fissura revela a presença de um pequeno abscesso sob fissurário. Este abscesso pode invadir o chamado espaço post-anal de Brick (22) ou ainda de espaço triangular de Minor (48) formando uma coleção purulenta, que se transformará numa fístula, dorsal, cujo orifício externo é mediano ou paramediano à distância variável do cóccix, e o interno no próprio leito da fissura. Alguns autores consignam a possibilidade do processo supurativo invadir os outros espaços peri-retais, principalmente o ísquio-retal, fato que ainda não tivemos oportunidade de constatar. Buie refere a contaminação dos gânglios inguinais por via linfática, que chegam à supuração.

Tivemos ocasião, juntamente com o Prof. Jayme Vignoli, de vermos um doente com adenopatia inguinal direita aguda com tendência supurativa, cuja única explicação se encontrava numa fissura antiga, pois todos os testes prope-dêuticos e laboratoriais foram negativos, sendo que a fissu-rectomia levou à cura radical.

## Sintomas

*Dor* - É considerada o principal sintoma e por muitos patognomônicos, permitindo por si só o diagnóstico.

É comum pela maioria dos autores a descrição de uma apresentação especial deste sintoma doloroso, com as três fases tão conhecidas: fase inicial - de dor na defecação, fase intermediária ou de acalmia - que vai do término da defecação até à fase final - que é de contrações dolorosas e paroxísticas do músculo anal.

Nós (6) mesmos, em trabalho publicado em 1934, tecemos longas considerações descritivas sobre estas fases; Bacon (13) e Brasil (21) fazem, em gráfico, uma linha que esquematiza estes três períodos, de maneira bem clara.

Como explicar esta fase de intervalo sem nenhuma dor? Ainda não conhecemos qualquer explicação perfeitamente satisfatória, sendo só em Bodenhamer que encontramos ventilado este ponto, fenômeno como designa este autor, com a notícia das idéias de Van Buren e de Malyn, que não satisfizeram a Bodenhamer e nem a nós.

É bem verdade que raras vezes temos constatado este período de acalmia, que merece melhor observação, primeiro para a sua veracidade, isto é, se realmente não existe menor sintoma incomodante; segundo, o tempo que transcorre entre o fim da defecação e o aparecimento posterior da dor, estudos que ainda não fizemos e dos quais não conhecemos qualquer trabalho.

Não sabemos como explicar, porém alguma coisa de especial deve existir nesta musculatura externa, estriada, que se comporta como músculo liso. Realmente, Goltz e Ewald (37) estudaram o esfíncter externo no cão, após completa

destruição da medula sacrolombar; o esfíncter interno recuperava o seu tono, enquanto o externo permanecia paralisado, porém sem apresentar nenhuma reação de degeneração e respondendo aos estímulos elétricos, enquanto todos os outros músculos esqueléticos tinham cessado de reagir. Por outro lado, Von Frankl-Hochwart (37) e Froehlich, experimentalmente, verificaram que em um animal sob a ação do curare, o esfíncter externo era o único dos músculos estriados não atingido pelo efeito deste veneno. Por estes motivos - imunidade ao curare e reação como um todo ao estímulo elétrico - o esfíncter externo tem sido considerado como possuidor de centros nervosos similares aos dos plexos mi-entéricos de Auerbach. Estas conjeturas hoje estão confirmadas pelos estudos dos nervos da região anorretal, realizados por Reuther (54), que conclui, após constatações histológicas, por uma dupla inervação do esfíncter externo; das conhecidas fibras cérebro-espinhal e de fibras vegetativas dispostas em duas redes, uma subepitelial resultante da união do plexo subepitelial da pele com a da submucosa retal, e outra, que é o acesso ao músculo externo do plexo intermuscular de Auerbach, que em vez de terminar ao nível do esfíncter interno, o transpõe, se distribuindo as fibras estriadas da região.

Serão nestas constatações de Reuther, que reputamos de transcendental importância não só sob o ponto de vista anatômico como também fisiológico e clínico, que se encontrará a explicação das características dolorosas da fissura anal?

A dor na fissura anal caracteriza-se principalmente pela sua diversidade, se apresentando de múltiplas maneiras, o que se explica pelas transformações patológicas que sofre em sua evolução, de modo ser variável em *tempo*, em *natureza* e em *duração*, assim como haver relação estreita entre ela e o caráter da ulceração. Não descreveremos estas várias facetas da dor na fissura, tão bem explanadas em qualquer livro de proctologia, porém chamamos a atenção, em que ela, assim como em alguns casos proporciona sofrimentos extremamente atroz, como daquele doente de Curling (28), que só defecava sob ação do clorofórmio, com todos os seus sérios inconvenientes e riscos, pode também permitir ao doente suportá-la durante anos seguidos, sem procurar assistência médica.

São estes casos, aliás, em maior número, que poderíamos designar de "fissuras de repetição", pois se caracterizam por fases dolorosas, toleráveis alternadas com fases de completa ou quase completa acalmia; correspondem as pequenas crises fissurárias, intercaladas com cicatrizações espontâneas das úlceras.

*Hemorragia* - Resume-se em algumas gotas após a defecação, ou então numa listra vermelha sobre o cilindro fecal; é bem verdade que Parker Heyden (36) consigna um caso no qual a expoliação sangüínea determinou uma baixa da taxa de hemoglobina para 40%.

*Secreções anormais* - Sem importância, raramente o doente se queixando de qualquer umidade, com exceção nos casos complicados de um abscesso ou fístula, quando existirá secreção purulenta.

*Distúrbios nos hábitos intestinais* - Consideramos estes distúrbios da mesma importância que a dor, sendo que esta é gritante na sua exteriorização, enquanto que eles, na sua sintomatologia surda, produzem muitos males ao organismo, com profunda repercussão, principalmente no sistema nervoso.

É fácil compreender a existência destas perturbações pelos conhecimentos da patologia da fissura. Nos casos recentes, é o receio à dor da defecação que, como defesa natural, faz o doente recalcar os imperativos da natureza; com o correr dos dias, sobrevêm as mudanças patológicas secundárias, com as lesões de cronicidade, que perturbam francamente o funcionamento do aparelho esfinteriano. Como resultado o doente adquire ou agrava uma constipação já existente; na primeira hipótese é fácil o mecanismo, recordando o valor das papilas anais na fisiologia de defecação, cujo senso especial diminui ou desaparece quando repetidamente despertado, constituindo assim a chamada "disquezia ou constipação proctógena" por falta do estímulo do reflexo exonerador, que posteriormente se agravará pela "obstipação", sobrevinda pelo obstáculo natural de um esfíncter elástico, duro e hipertrofiado. É fácil compreender como ficará agravada uma constipação de ventre primitiva ao processo fissurário.

As perturbações inerentes à obstipação e à disquezia, com tendência a se generalizar a todo o cólon, como acontece nos casos não atendidos devidamente, esclarecem como serão múltiplos os sintomas existentes; transformam o indivíduo em um sofredor com as mais variadas queixas, que giram principalmente em torno do sistema nervoso e da esfera hepato-gastro-intestinal. Computamos em nossa casuística três casos de "enxaquecas" de vários anos, completamente curados pela correção cirúrgica da região esfinteriana, assim como identicamente múltiplas disquezias que desapareceram completamente.

*Diagnóstico* - Geralmente é fácil. A história da doença pode perfeitamente orientar pelo quadro doloroso, sendo porém necessário frisar que qualquer processo inflamatório agudo do canal anal, ulceroso ou não, produz dores semelhantes às da fissura, havendo felizmente um caráter distintivo, com valor relativo, que são as dores das primeiras serem mais acentuadas durante a dejeção e com esfínter algia posterior muito diminuída. Há o inverso do que acontece nas fissuras.

Confirma-se o diagnóstico pelo exame clínico, que deve ser extremamente delicado, sendo de boa prática insuflar com pó anestésico ou embrocação com soluto idêntico a lesão ulcerosa ou rasgão. Em geral pode-se prescindir do exame endoscópico, firmando-se a impressão clínica pela inspeção e a palpação externa e interna (toque).

Já são bem conhecidas todas as eventualidades patológicas possíveis de serem constatadas numa fissura anal, de modo que o exame do doente deve orientar para a aquisição dos elementos suficientes para catalogar a lesão, principalmente se recente ou antiga, simples ou complicada.

A *integridade da linha pectínea* é um elemento imprescindível na fissura anal, de modo que no diagnóstico diferencial esta noção é de grande valor, pois ulcerações acima deste limite ou nele assestado permitem por si só afastar a hipótese de fissura. A fissura possui elementos que permitem com relativa facilidade a diferenciação com úlceras doutra natureza, principalmente da sí-

filis, do cancro mole, da tuberculose ou do câncer (epitelioma em início, ulcerado).

Ainda é hoje citada a clássica teoria de Ball (14) do valor do rasgão de cripta anal, cujas orlas seriam reviradas, vindo formar a hemorróida sentinela, à custa da ação direta e repetida do bolo fecal; em face do atual conceito integridade da linha pectínea, esta concepção não pode mais ser reconhecida. É bem verdade que já vimos três rasgões laterais e posteriores, em homens realizando verdadeira síndrome fissurária, e curados de maneira idêntica à fissura anal, como também, por duas vezes, criptas ulceradas permitiram a retração da mucosa suprajacente, imitando uma fissura com hemorróida sentinela, no sentido oposto e de natureza mucosa. Acreditamos que uma criptite fosse o processo inicial destas cinco observações, perfeitamente lógico, na formação mucosa pela ação esfinteriana, na formação cutânea é resultante do bolo fecal, que descendo revira os tecidos para o exterior.

### **Etiopatogenia. Conceito do autor**

Para se realizar uma fissura anal é imprescindível haver uma *predisposição anatômica de natureza congênita*.

É possível assim fazer a patogênese da fissura anal idêntica às das hérnias, que só se formam em determinados indivíduos, pois é observação trivial que é mínima a percentagem das fissuras anais em proporção aos sofredores de constipação crônica, e que em muitas das vezes sobrevêm em indivíduos de hábitos intestinais normais, na intercorrência de uma exoneração mais difícil, por bolo fecal de volume acima do normal.

Esta premissa determina uma concepção, que é da correção do defeito congênito, para se debelar definitivamente a fissura uma vez constituída ou então afastando a causa determinante, o que nem sempre é possível.

É o "traumatismo" a causa *determinante* na realização de uma fissura anal, promovida pela superdistensão do canal anal resultante da passagem de um bolo fecal, volumoso e duro.

Em geral são lembrados como agentes traumáticos outros elementos, como cânulas retais, manobras propedêuticas ou terapêuticas (57) por via intra-anal, sodomia, etc., sendo que não observamos fissuras se constituírem dessa maneira, embora tenhamos visto rasgões múltiplos, da região peri-anal, provenientes da prática sodomica, que não são mais que simples feridas infectadas, sem as características patológicas da fissura anal. Allingham e Tuttle dão valor como elemento determinante ou excitante aos desvios uterinos (ântero e retroversão); ainda Tuttle recorda a passagem da cabeça do feto atrás da vagina. É digno de anotação um caso de fissura anal posterior, por nós observado numa jovem senhora, que sofria há algum tempo de crises fissurárias, que algumas horas após o nosso exame foi subitamente acometida de intensas dores abdominais, o que determinou uma laparotomia de urgência, realizada pelo Prof. Guerreiro de Faria, a fim de exérese de cisto de ovário torcido, cuja existência era até então desconhecida. O Prof. G. Faria, em informação a nós prestada, declarou ter havido a cura espontânea da fissura, que permanece até a presente data.

Como elementos *predisponentes* pode-se discriminar fatores adquiridos e fatores congênitos, anatômicos.

*Adquiridos* - 1) *Constipação* é um dos motivos bem exaltado pelos autores; destacamos Lynch (1), que assim se expressa: "Indubitavelmente a causa primária da fissura é a constipação resultante da negligência do indivíduo em não satisfazer os convites da natureza à defecação; e a congestão, como se sabe, torna a mucosa mais friável e inclinada à ulceração".

Miles apresenta e justifica a sua teoria da "pectenose" da seguinte maneira: "Constipação crônica é a causa potencial da fissura anal. Constipação produz procto-estase, resultando fezes duras pela absorção de pequena quantidade de água; estas são expelidas sem produzirem lesões na margem anal, porém, pela continuada compressão das veias hemorroidais, por estas mesmas massas sólidas, congestão passiva dos plexos capilares na submucosa do pecten permite a formação de um anel fibroso rodeando a parte inferior do canal anal (na faixa pecten), que estreita o orifício anal e necessita esforço na defecação. Um círculo vicioso é assim estabelecido, a fibrose se estendendo até a mucosa do pecten, e o tegumento do c. a. abaixo da linha branca de Hilton torna-se aderente aos tecidos subjacentes. O orifício anal não sendo mais capaz de sua expansão normal, durante a passagem das massas fecais, está apto a fender-se e dar começo ao craque ou fissura."

O valor do anel da pectenose de Miles ainda é assunto em litígio, embora inúmeras publicações o apoiem completamente, destacando-se de Abel Lawrence (40), de Melching (45), de Morgan James (50) e Garat (33) na Argentina, havendo porém num trabalho de Hiller (38) e outro de Fine e Lawes (30), aliás, bem documentados, sérias objeções a esta concepção. Nós mesmos confessamos só termos visivelmente constatado a presença de uma "pecten band" nítida, uma única vez numa operação de fístula e que por três vezes em prurido anal realizamos a secção do tecido submucoso do pecten, a "pectenotomia de Miles" sem o menor efeito terapêutico, em desacordo com os resultados tão proclamados pelo notável Mestre da proctologia inglesa.

2) *Hemorroidas* - Têm sido computadas como favorecendo o terreno para o desenvolvimento de uma fissura. Em Busche (25), 1886, encontramos: "Na maioria dos casos é precedida por tumores vasculares do reto; é situada então entre dois deles, e é produzida pela passagem forçada de fezes endurecidas"; em Ashton (5), 1860, constata-se: "Hemorroidas são freqüentemente a causa predisponente, e uma complicação desta afecção; elas estreitam o orifício, e pelos ataques repetidos de inflamação aos quais estão sujeitos, os tecidos circundantes perdem sua elasticidade, e tornam-se friáveis, se rompendo facilmente". É interessante notar que em nossa pesquisa não encontramos mais nenhum proctólogo anglo-americano que fizesse qualquer referência à influência das hemorroidas na etiologia da fissura. Os trabalhos de Quenu e Hartmann foram que influenciaram toda a literatura francesa nesse sentido, até ultimamente, como se encontra em Bensaude (15): "O estado hemorroidal goza um valor incontestável na etiologia da fissura anal, que merece um justo título de "úlceras varicosas do ânus". Nós mesmos em 1936 (6), Dirceu de Andrade em 1938 (29), Haroldo Sodré (60) em 1940 e Brasil Filho (21) em 1941, impregnados

pela literatura francesa ou por observação própria, ressaltamos o valor das hemorroidas como terreno favorável e de grande freqüência. Kasper Blond (18), em seu livro, assim se exterioriza: "Fissura não existe sem hemorroidas: é sempre precedida pela trombose de um variz; na verdade a fissura nada mais é que uma necrose localizada de uma pequena veia superficial trombada". É esta a teoria varicosa da fissura anal. Atualmente estamos com Tuttle, que, se referindo ao conceito de Quenu e Hartmann, diz ser mais verossímil que da irritação produzida pela fissura resulte hiperemia e congestão na margem anal, e que seja assim mais a causa que o resultado de hemorroida. Realmente possuímos várias observações, nas quais hemorroidas constatadas antes do tratamento da fissura regrediam espontaneamente após a intervenção cirúrgica realizada para curar a lesão ulcerosa. Para terminar faremos a observação que raramente se vê num indivíduo portador de hemorroidas volumosas a concomitância de uma fissura anal.

2) *Infecção. Proctite* - Para Buie a "causa da fissura anal pode ser achada na estrutura anatômica da passagem retal e na peculiar vulnerabilidade das criptas anais e da linha pectínea. Por causa das condições previamente discutidas, estas estruturas tornam-se escoriadas e finalmente sucumbem à infecção. Sob tal influência e devido ao esforço e violência do movimento intestinal diário, os tecidos anais ficam enfraquecidos e finalmente rompem-se com a formação de uma úlcera". Para Albright (3) a fissura anal é a consequência do acometimento do quadrante anal posterior por um dos canais de Jamison, que resultam da grande quantidade de secreção muco-serosa encontrada nas proctites, com inflamação de todas as túnicas retais e mais dos tecidos periretais. Assim como a inflamação da mucosa produz secreção, que é eliminada para a luz retal, em forma de muco ou catarro, todas as outras túnicas, também inflamadas, produzem secreção que ficará entre elas, formando sacos, até que a quantidade se torne tal, que por força da gravidade virá descendo pelos caminhos de menor resistência tissular, com a constituição de canais, que atingem extensões de vários centímetros, alcançando assim as superfícies subcutâneas do períneo. Hemorroidas, prurido e fissura anais são para Albright os sintomas secundários mais proeminentes das proctites, que gozam assim de grande valor como elementos predisponentes dessas afecções. A infecção realmente contribui para a diminuição da resistência dos tecidos anais, mas se fosse elemento de grande valor deveria ser quase obrigatória a presença da fissura anal nas retites de forma supurativa. Só vimos até a presente data três casos de fissura anal numa série aproximada de 300 doentes com retite infiltrante linfogranulomatósica, e nunca num indivíduo acometido de processo disentérico agudo ou crônico. A teoria de Albright é por demais fantasista, sendo que nós mesmos, por múltiplas vezes em fissuras e prurido, tentamos o reconhecimento destes canais tão caprichosos, sem termos uma única vez encontrado.

*Congênitos* - 1) *Estreiteza congênita do ânus e do canal anal* - Contingência ainda lembrada nas publicações mais recentes (12) é de conhecimento antigo, pois Bodenhamer no seu célebre tratado sobre "Malformações congênitas do ânus e reto" (19) cita uma observação elucidativa. Nas nos-



sas observações não podemos computar nenhuma que apresentasse ligação com essa predisposição.

2) *Fragilidade da pele do ânus* - Mathews (44) lembra ser a delicadeza da pele que forma o ânus o motivo de muitas pessoas sofrerem de irritabilidade esfíncterica, resultante de traumatismo à custa do uso impróprio do papel na higiene, que assim facilita a exposição de um filamento nervoso, com suas conseqüências dolorosas. Harrison Crips (27) também dá valor à condição especial deste revestimento, com as seguintes palavras: "The muco cutaneous surface at the outlet of the anus is analogous to the surface of the lips, and the same causes, whether due to dry atmospheric conditions or to some slight disturbance in the general health, render the parts dry and liable to crack from the slightest violence". Wallis (62) recorda também a delicadeza do epitélio de transição (proctodeum), que é muito delgado e de vascularização pobre, que, uma vez lesado, raramente cicatriza, com a criação de uma úlcera.

3) *Exagerada curvatura do cóccix* - Dirceu de Andrade (29) lembra esta eventualidade como elemento predisponente de destaque, dizendo que, "na descida do bolo fecal, quando de grosso diâmetro, pode haver uma verdadeira repulsão do cóccix, tal como se dá no trabalho de parto".

4) *O septo anal intermuscular* - Para Hiller (37) é a "firme fixação de comissura posterior e em menor proporção da anterior, por terminações fibro-elásticas da camada longitudinal do intestino, além da franca mobilidade lateral da mucosa, os fatores de valor na etiologia da fissura anal".

Riddoch (55) responsabiliza o septo anal intermuscular pela fixação da pele que ele produz ao nível de sua inserção fibrosa, que será, portanto, onde haverá a dilaceração na hipótese de uma superdistensão do canal; aí os tecidos, sendo mais fixos, romperão, de preferência nos pontos onde o apoio muscular for menor, sendo assim na linha mediana posterior e em seguida na anterior pelas razões anatômicas já conhecidas. As teorias de Riddoch e de Miles até certo ponto se confundem, pois todas duas defendem a diminuição do poder de dilatação do canal anal, quase no mesmo sítio anatômico, diferença de 2 a 3 mil, resultante na primeira por um anel fibroso (inserções fibrosas do músculo longitudinal) de origem anatômica, e a segunda por um anel também fibroso, de natureza vascular, como já foi explanado. Essa confusão vai mais longe ainda, pois o tratamento destes autores consiste numa pequena intervenção cirúrgica, que muito se assemelham, sendo que Riddoch indica a secção superficial do leito da fissura, para se romper assim todo o tecido fibroso, por conseguinte o septo anal intermuscular, enquanto que Miles, ao nível do quadrante anal posterior direito, próximo à linha mediana, faz uma incisão, que seccionará o revestimento de transição (a mucosa do pecten para Miles), ao nível do pecten, e o anel subjacente de aparência de "pearl-White", que é o anel de pectenose ou "pecten band".

5) *Barra muscular de Blaisdell* (16) - Este autor, partindo da notável publicação de Milligan e Naunton Morgan (47) sobre anatomia da musculatura anal, realizou estudos também desta natureza, terminando por reconhecer, no segmento da porção subcutânea do esfíncter externo que cruza os ra-

mos afastados da porção superficial, o elemento muscular, mais desprotegido, portanto favorecendo a deiscência dos tecidos cutâneos que o revestem; conclui exigindo a secção completa deste elemento muscular, aí neste nível de menor resistência, isto é, linha mediana posterior. Tom E. Smith (59) foi quem denominou com toda justiça esta porção muscular de "barra muscular de Blaisdell".

Os desenhos e legendas das Figs. 6, 7, 8 e 9, da autoria de Blaisdell, explicam com bastante clareza o verdadeiro local da fissura anal, e a barra existente na comissura posterior.

Consideramos esta barra muscular elemento imperioso na formação da fissura anal, porque realmente é a porção mais frágil e desprotegida da musculatura esfíncteriana, não fornecendo assim aos tecidos que a revestem a proteção necessária, quando numa superdistensão do canal. É bastante para se tirar qualquer dúvida, caso ainda exista, traçar sobre a Fig. 10 duas linhas, uma horizontal ao nível da borda inferior do esfíncter interno e a outra vertical, acompanhando a direção deste músculo, para se verificar os dois seguintes pontos: 1 - que a porção subcutânea está em plano inferior a todas as porções restantes do esfíncter; 2 - que também se apresenta no mesmo sentido do esfíncter interno, índices da fragilidade da barra de Blaisdell.

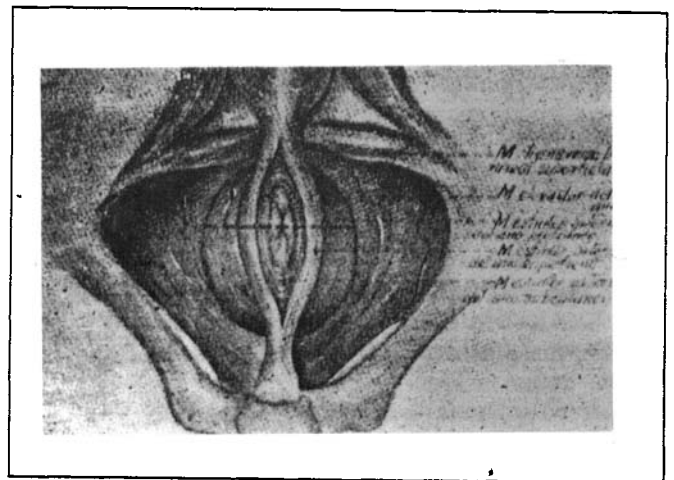
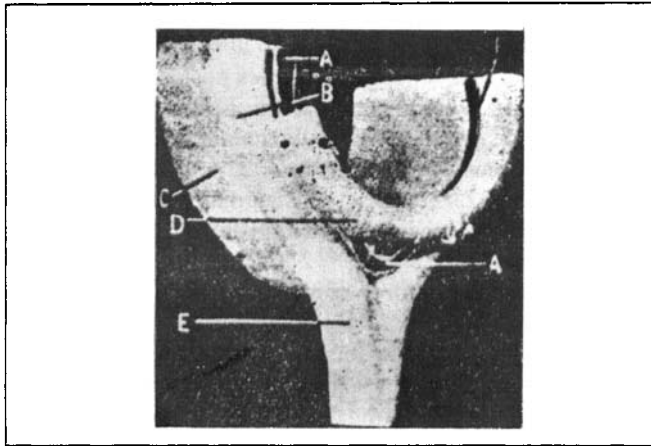
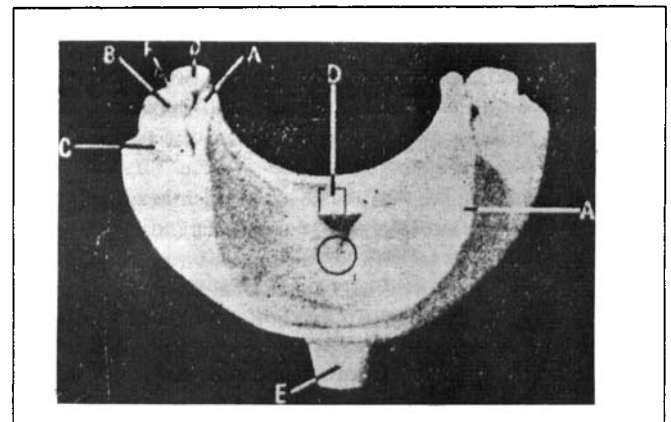


Fig. 6 - Músculos esfíncteres do ânus vistos por debaixo. A linha transversa pontilhada é para identificar a secção representada pelos modelos das Figs. 7, 8 e 9. Nota-se que a porção subcutânea e a profunda estão dispostas em círculo, enquanto somente a porção superficial apresenta inserções anterior e posterior (Baglietto, tirado de Blaisdell).

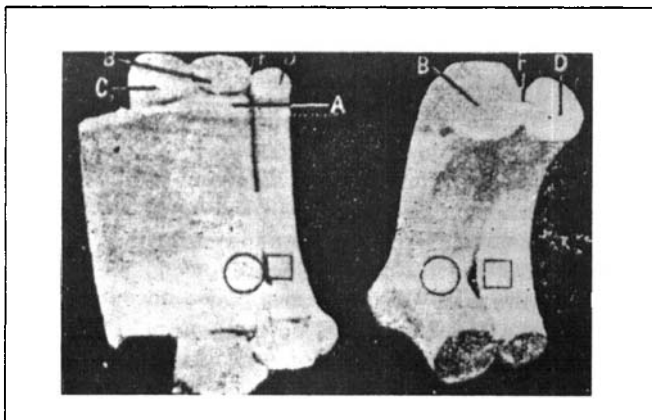
Assim como existe a barra posterior, adiante e em menor relevo, encontra-se também uma barra anterior, que para nós é a responsável, no homem principalmente, pela gênese da fissura neste sítio. Compreende-se esta existência, porque a porção superficial do esfíncter aí também apresenta uma disposição em ângulo, ao se inserir no nódulo central do períneo. Esta nossa impressão é confirmada na experiência clínica, pois em dois casos de fissura anterior vimos a recidiva após simples exérese da lesão ulcerosa, que não mais se repetiu após praticarmos um verdadeiro alargamento plástico do canal anal, usando na fissura anterior a secção da barra posterior, como se verá adiante.



**Fig. 7** - Modelo dos músculos esfínteres do ânus, representando secção debaixo da linha pontilhada na Fig. 6. Músculo elevador do ânus não é incluído. Modelo representa músculos em estado dilatado. A - borda inferior do esfíncter interno. Um pequeno segmento da porção subcutânea do esf. ext. foi cortado aquém na parte superior esquerda a fim de mostrar como esta porção e o esfíncter interno são no mesmo plano vertical. B - porção superficial do esfíncter externo com as fibras divergentes E se inserindo no cóccix. C - porção profunda do esfíncter externo composta inteiramente de fibras circulares. D - porção subcutânea do esfíncter externo, consistindo inteiramente de fibras circulares que não rodeiam e nem apóiam o esfíncter interno, como às porções superficial e profunda, mas está no mesmo plano vertical que ele, separado, porém, pelo septo anal intermuscular F (Blaisdell).



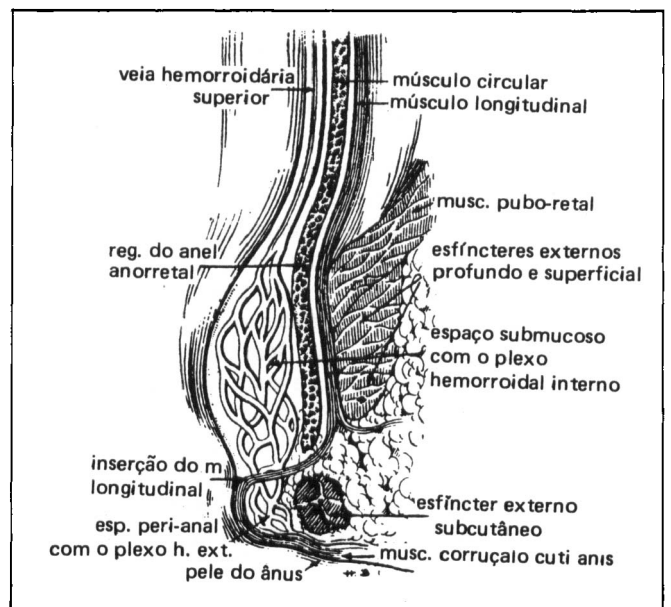
**Fig. 9** - Mesmo modelo como a Fig. 7, representando aqui uma vista do canal olhando-se de dentro para fora, com os músculos em estado dilatado. A formação de uma barra (bar) posterior (and to a less extent or anterior bar) pela comparativamente fraca e comparativamente não-sustentada porção subcutânea do esf. ext. é plenamente mostrada, e revela a necessidade de incluir a secção desta barra como uma parte do processo no tratamento da fissura anal. As letras representam as mesmas estruturas descritas na Fig. 7 (Blaisdell).



**Fig. 8** - À esquerda é o modelo mostrado na Fig. 7, olhando-se por dentro e por cima (looking down on it from above). À direita são os justos segmentos das porções subcutânea e superficial do esf. ext. na mesma posição referida, mostrando fibras divergentes da última. Se estas fibras divergentes forem a única causa da fissura, esta deveria ser localizada onde representado pelo círculo, que ocupa a mesma posição relativa em ambos os modelos. Fissuras não ocorrem aqui, mas são encontradas antes na posição assinalada pelo quadrado. Letras representam as mesmas estruturas como foram descritas na Fig. 7 (Blaisdell).

Pennington foi o primeiro a considerar haver uma predisposição anatómica congênita na gênese da fissura anal, e nós também assim consideramos, determinando o conjunto, barras musculares (porção subcutânea) e a disposição em Y da porção superficial do esfíncter externo, como o motivo predisponente imprescindível na consecução de uma fissura anal, criando-se o seguinte conceito:

1 - uma fissura anal só se realiza num indivíduo predisposto, do mesmo modo que as hérnias;



**Fig. 10** - Secção vertical do canal anal. Nota-se que a porção subcutânea do esfíncter externo está no mesmo plano vertical do esfíncter interno, separado dele pelo septo anal intermuscular (inserção do músculo longitudinal) facilmente identificável pela palpação, no vivo. A porção profunda e a superficial do esfíncter externo, por outra parte, envolvem o esfíncter interno, rodeando-o e apoiando-o (cópia do original de Milligan e Morgan).

2 - esta predisposição consiste numa anormalidade, ainda imprecisa, que podemos localizar nas barras musculares de Blaisdell e na porção superficial do esfíncter externo;

3 - todos os elementos predisponentes estudados podem exercer seu papel;

4 - só existem duas possibilidades de garantir a cura ou evitar a recidiva da fissura, que são: a) afastar definitivamente o elemento determinante, ou b) seccionar a barra muscular posterior de Blaisdell.

## Tratamento

Em vista do conceito por nós exarado, só deve haver um tratamento e que terá por finalidade corrigir ou remover o elemento anatómico de predisposição, e que não pode deixar de ser, o cirúrgico.

Realmente consideramos a fissura anal uma afecção proctológica de natureza cirúrgica, sendo esta a indicação de início sempre por nós lembrada ao doente, embora nas lesões recentes, rasgão superficial, haja indicação ainda de outros recursos clínicos, que libertando o doente da crise fissurária, pode se tornar cura definitiva, com o posterior afastamento da causa determinante, o que nem sempre é possível, principalmente nos constipados crônicos.

*Método das injeções na fissura anal* - Consiste no emprego de injeções modificadoras ou anestésicas, feitas na base da fissura ou na intimidade do esfíncter anal.

1º) *Fenol em solução a 50%* - Agnew (2) em seu opúsculo indica o tratamento da fissura superficial ou profunda pela injeção de algumas gotas da solução empregada no tratamento das hemorróidas, feitas ao redor e por debaixo da lesão ulcerosa, com o fim de fazer uma escara que proporcionará a cicatrização, convertendo a fissura em uma ferida simples, tolerante. Este método, que nós nunca vimos citado por qualquer outro autor, deve ter passado despercebido, sendo que o consideramos precursor de todos os outros aparecidos posteriormente: não é aconselhável seu emprego, pela simples razão de ser uma injeção escarótica.

2º) *Cloridrato duplo de quinina e uréia a 5%* - Conhecido como da autoria de A. B. Graham (35), para Bensaude (15), foi em 1921 pela primeira vez empregado por André Cain, e consiste em aproveitar a ação analgésica e esclerosante do cloridrato duplo de quinina e uréia, por injeção sub e perifissurárias de 1 cc deste sal. Bensaude, posteriormente, melhorou a técnica, tornando-a mais suportável, usando somente algumas gotas, sob a fissura, em vez de 1 cc, obtendo os mesmos resultados. Kasper Blond (18), ainda recentemente, advoga esta técnica. A nossa experiência é escassa neste particular, sendo que há 10 anos aproximadamente, obtivemos bons resultados em dois casos de fissuras superficiais, recentes.

3º) Outras substâncias têm sido empregadas, como o álcool a 40º (60), novocaína a 1% (41) e o cloridrato de histamina (26), sem porém terem se tornado rotina.

4º) *Óleos anestésicos* - Foi Yeomans (62), em 1927, que com o preparado denominado "Benacol", consistindo numa solução oleosa de anestésina e álcool benzílico, pela primeira vez em proctologia lembrou o emprego de anestésicos em óleo, para efeito terapêutico prolongado, em aplicação no prurido anal. Porém, foi William Gabriel (31), que dois anos mais tarde, com duas fórmulas de sua autoria (solução A. B. A. e percaína em óleo) enriqueceu o arsenal terapêutico, indicando mais uma afecção para assim ser tratada, que foi a fissura anal. O emprego destes óleos foi se divulgando, com novas indicações e novas fórmulas como a Anucaína, de Gorsch (34); a Proctocaína, de Naunton Morgan (49); Oilocanie, de Barr (17) etc., sendo que no Brasil e na América do Sul foi o autor o primeiro a usar conforme suas publicações (6-11).

Desde 1934 que recorreremos à percaína em óleo (óleo percaínado como temos designado), no tratamento da fissu-

ra anal recente, conforme a técnica original de Gabriel. Em 18 casos sempre obtivemos sucesso absoluto, desaparecimento imediato das dores - defecações posteriores completamente indolores e a cicatrização da fissura em média de quatro a 10 dias. A maioria dos doentes assim tratados não pode ser acompanhada para observação do resultado tardio, definitivo, sendo que em dois constatamos a recidiva da fissura, uma após três meses e a outra um ano depois da injeção do "óleo percaínado".

Computamos, de acordo com a nossa experiência, ser o óleo percaínado o melhor tratamento paliativo nas fissuras recentes, e em presença do doente com lesão de poucos dias, sem qualquer mudança patológica secundária, por uma questão de honestidade profissional, fazemos ver ao paciente que nos procurou para ser *aliviado* das dores da fissura o seguinte:

1 - Que existe recurso terapêutico de natureza clínica (infiltração de óleo percaínado - téc. Gabriel), que o livrará imediatamente do sofrimento, com a cicatrização da ferida.

2 - Que com este tratamento não ficará livre da repetição da doença.

3 - Que com o tratamento cirúrgico a cura radical é garantida.

*Tratamento cirúrgico* - As operações empregadas na fissura anal podem ser classificadas do seguinte modo:

1 - Dilatação do esfíncter.

2 - Excisão.

3 - Incisões superficiais.

4 - Secção ou miotomia do esfíncter anal.

5 - Operações mistas ou combinadas.

1) *Dilatação do esfíncter* - Consiste em produzir uma paralisia temporária do esfíncter, por meio de uma superdistensão muscular, com o consecutivo desaparecimento da dor. É talvez o tratamento que maior divulgação já teve na fissura, sendo ainda hoje usado insistentemente pelos cirurgiões não especializados. Em Bodenhamer, encontramos a citação de Ambroise Paré (1634), como o primeiro que aludiu a este tratamento, assim como de Copeland (1815), Gaistskeel (1815) e Howship (1824), que também recorreram a esta intervenção nos casos de "spasme of the sphincter ani", que eram sem dúvida verdadeiras fissuras anais. Porém, foi Récamier, que em 1829, de acordo com Van Buren (61), em trabalho notável, indicou a sua "massage cadencé", nos casos de espasmos, sendo aplicada na fissura anal, com resultado parecendo satisfatório. Não houve repercussão deste método. Só em 1849 que Maisonneuve a retomou, modificando-lhe, fazendo a "dilatação forçada do esfíncter anal", por uma maneira, que por ser extremamente dolorosa (anestesia pouco conhecida nesta época), não se tornou popular. Realmente, se justificava a repulsa, pois de acordo com as descrições encontradas em vários tratados, era assim que Maisonneuve agia: introdução de um dedo após outro no ânus, até que toda a palma da mão tenha passado através dos esfíncteres; então cerrando fortemente os dedos, retirava em seguida o punho, assim fechado de uma maneira brusca para o exterior. Posteriormente, 1855, Nelaton modificou a operação original de Maisonneuve, praticando-a sob narcose, da maneira que ainda hoje é usada, com poucas variantes.

Passaremos por cima sobre os resultados terapêuticos ou conseqüências desastrosas imputadas à dilatação, para só lembrar que é uma operação que foge a todos os preceitos modernos da cirurgia, só podendo ser aplicada como último recurso por todo aquele que não estiver em condições de fazer um óleo anestésico, ou melhor, a intervenção cirúrgica indicada.

2) *Excisão - Fissurectomia* - Consiste na ressecção da fissura, com preservação da camada muscular. Em Bodenhamer, encontramos o nome de Velpeau (1817), como provável iniciador deste método, e em Tuttle assistimos a indicação nos casos de úlceras calosas como a maneira mais segura de evitar a continuação de dores nevrálgicas, após a cicatrização da fissura operada por outro método, que não retirando os tecidos doentes, deixou os nervos atingidos por um processo de peri-neurite, encontrados na base da fissura, conforme as constatações histológicas de Quenu e Hartmann.

Lynch (1914) considera fundamental no tratamento da fissura a *drenagem*, de modo a realizar uma intervenção que, ressecando a úlcera, atinge também a pele por detrás da fissura por meio de uma incisão mediana, concluindo: "If the skin incision is not kept open until the mucous membrane is healed, all our work is in vain, and a return of the original condition assured".

É atualmente preceito de importância em cirurgia orifical, conforme os ensinamentos de W. Gabriel, desde 1932, serem todas as feridas operatórias do ânus, de forma triangular de base externa, o que atende à drenagem e à boa cicatrização, visto permitir que a mucosa se cicatriza antes da pele, que, como se sabe, possui poder de reparação inferior ao tegumento cutâneo.

W. Gabriel, Louis Buie e Harry Bacon apresentam suas técnicas de fissurectomia, baseando-se principalmente no conceito da drenagem externa, embora estas operações sejam combinadas às incisões esfínterianas.

3) *Incisões superficiais* - É o método mais antigo aplicado à fissura, tendo por fim transformá-la numa ferida recente, de melhor cicatrização. Em Bodenhamer encontramos o nome de Albucasis, que talvez foi o primeiro que indicou a sua escarificação com a unha ou instrumento cortante, assim como Aetius e o célebre grego Paulus Aegineta, cujo seguinte trecho merece ser transcrito: "Fissures are occasioned principally by hard feces, and being slow of granulating, owing to their callosity, must be converted into recent ulcers by paring (excoriating, scarifying, or incising) them with the nails, or a scalpel, when they, may be made to granulate by proper applications". (Libri Septen. Lib. VI. cap 80. English Version, by Adams. Vol. II, p. 405. London, 1846).

Porém, foi Copeland, segundo testemunho de Sir Benjamin Brodie (cit Bodenhamer), o primeiro cirurgião a indicar a simples secção da "membrana mucosa e do tecido celular sub-mucoso" no tratamento da fissura anal em substituição da secção completa dos esfínteres, como indicada por Boyer.

Seria oportuno perguntar qual a diferença que existe entre estas primitivas operações e a operação de Riddoch (1936), da secção de todo o tecido fibroso da base da fissura,

isto é, do septo anal intermuscular, como quer este autor, assim como da "pectenotomia" de Miles, praticada ao nível da fissura?

4) *Miotomia ou secção de esfíncter anal* - Consiste na secção total ou parcial do esfíncter anal. Pela maioria dos autores é lembrado o nome de Boyer (1788) como o primeiro que indicou a secção do esfíncter no tratamento da fissura, embora Bodenhamer afirme ter sido Ambroise Paré (1552) o precursor desta operação. O mérito, porém, da divulgação e técnica esquematizada é de Boyer, que executava uma secção uni ou bilateral de todo o esfíncter próximo à linha mediana posterior, de modo que, na hipótese de secção bilateral, realizava uma ferida operatória em triângulo cujo ápice era interno e mediano; a localização da fissura não influía na secção muscular, que sempre era próxima à comissura anal posterior. Devido a infecção e incontinência anal esta operação foi olvidada, modificando-se, porém, desde as incisões superficiais de Copeland até às secções parciais de segmentos esfínterianos não determinados, como Bushe, Curling, Syme, Allingham, Tuttle, Wallis, Kelsey, Yeomans etc.

Blandin (1832), segundo Bodenhamer, para corrigir os inconvenientes da operação Boyer, realizava uma miotomia pelo método subcutâneo, como se fosse uma tenotomia; por meio de um tenótomo, punccionava a comissura anal posterior a 2 cm do ânus, cuja lâmina guiada pelo index esquerdo introduzido no ânus fazia a secção do esfíncter, sem lesar a mucosa.

Vários autores usaram esta técnica, sendo que Lewis Adler (1), em seu opúsculo, afirma ter sido abandonada, devido às complicações sobrevindas, principalmente na formação de abscesso.

5) *Operações mistas ou combinadas* - Consiste na associação de dois ou mais métodos entre si, por exemplo, operação de Buiè, que realiza uma técnica tríplice: divulsão delicada do esfíncter, secção parcial deste músculo e exérese da fissura por um extenso retalho cutâneo.

A técnica por nós adotada é uma operação que deve ser denominada de Gabriel-Blaisdell, que consiste na confecção de um retalho triangular posterior de base externa (Gabriel) e na secção mediana completa da porção subcutânea do esfíncter externo (Blaisdell).

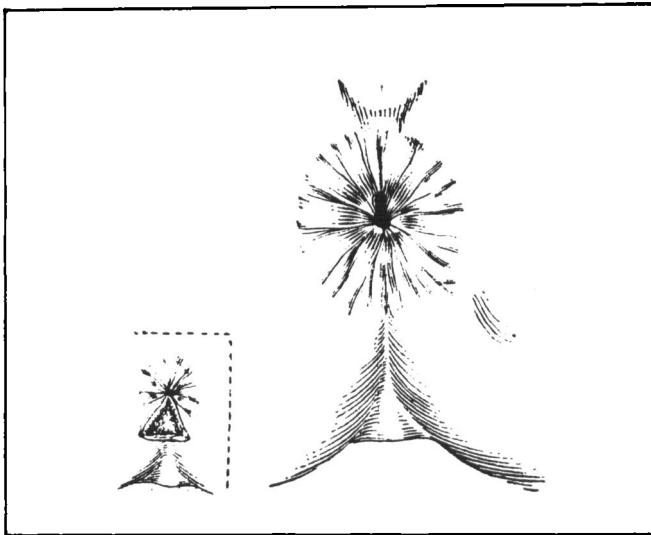
Esta operação descrita pelos seus autores para a cura da fissura posterior nós a temos empregado em qualquer localização da úlcera, de modo que numa fissura anterior ou lateral, dupla ou tríplice, sempre executamos a operação de Gabriel-Blaisdell, com destruição por fenol ou coagulação da úlcera anterior ou lateral, ou quando crônica, exérese por pequeno retalho triangular de base externa. Quer dizer que no caso de uma fissura anterior crônica, executamos dois retalhos triangulares, um anterior e outro posterior, associados à secção da barra posterior de Blaisdell.

Esta nossa orientação nasceu da observação de que as fissuras duplas (anterior e posterior) se curavam sempre pela operação de Gabriel-Blaisdell associada à fissurectomia anterior simples, enquanto que, nas fissuras anteriores, havia recidiva quando só se executava a exérese da úlcera; assim, resolvemos nestes casos alargar o canal anal para trás, por uma lógica compreensível, sustentada agora pelo conhe-

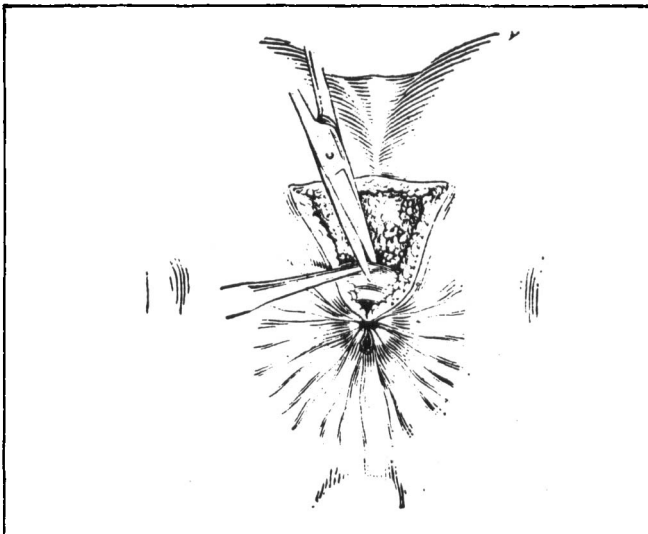
cimento de uma barra muscular anterior, cuja secção é contra-indicada por vários motivos anatômicos conhecidos.

Temos a convicção que, para se curar uma fissura anal, é imprescindível a secção completa da barra muscular posterior, que, desaparecendo, permite nos casos de superdistensão do canal, ao revestimento cutâneo deste conduto, acompanhar o afastamento lateral das paredes musculares, sem o obstáculo da citada barra (Figs. 11, 12, 13, 14, 15 e 16).

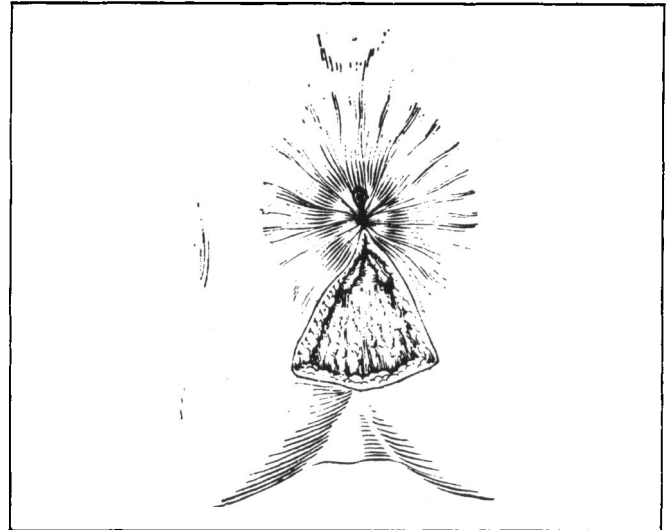
Esta intervenção é realizada com anestesia local, sendo que recorreremos à associação da anestesia do esfíncter anal com percaína em óleo, com a infiltração direta dos tecidos a serem ressecados, por intermédio das soluções anestésicas dos dentistas, pelo emprego da Seringa Carpule.



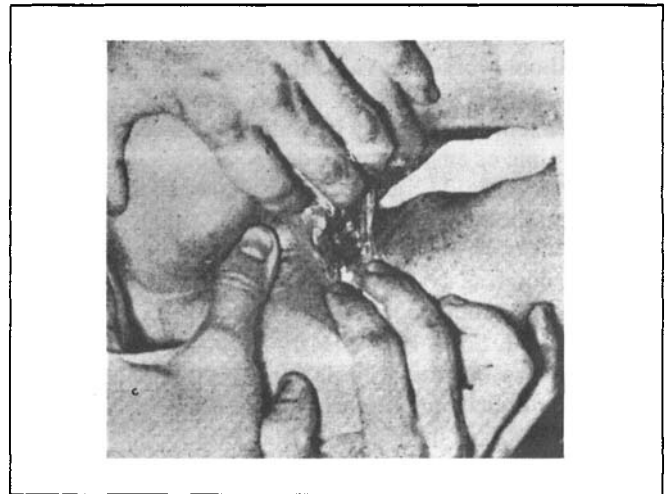
**Fig. 11 -** Operação de Gabriel Blaisdell na fissura anterior. Posição ginecológica ou decúbito lateral direito. Nota-se a fissura anterior e no canto, a forma de retalho cutâneo, cujo ângulo interno vai até próximo da mucosa, respeitando-a; dentro deste retalho ficará a fissura quando de localização posterior. A fissura anterior é coagulada ou ressecada nos casos crônicos por um pequeno retalho triangular idêntico.



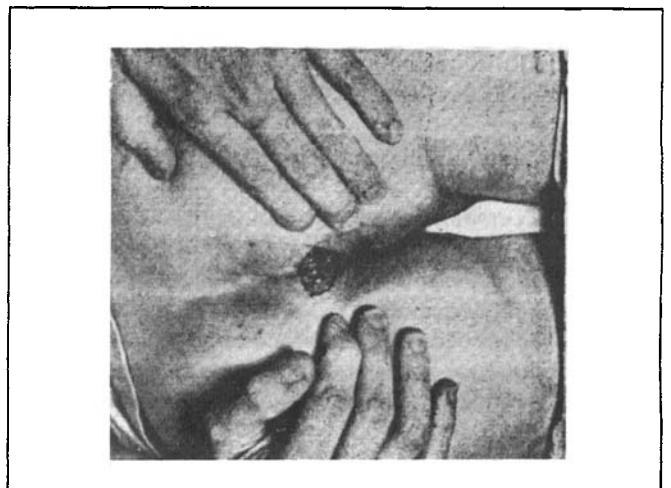
**Fig. 12 -** Após ressecção do retalho cutâneo, procede-se à dissecação no ângulo interno da ferida, da porção subcutânea do esfíncter externo, que é em seguida seccionada de maneira completa bem na linha mediana, praticando-se assim a secção da barra muscular posterior de Blaisdell.



**Fig. 13 -** Aspecto da região operatória após a secção muscular.



**Fig. 14 -** Fotografia de um caso de fissura dupla, em mulher. Nota-se papila fibromata posterior e dois rasgões, anterior e posterior.



**Fig. 15 -** Aspecto da ferida após a operação de Gabriel Blaisdell. Coagulação superficial da fissura anterior.

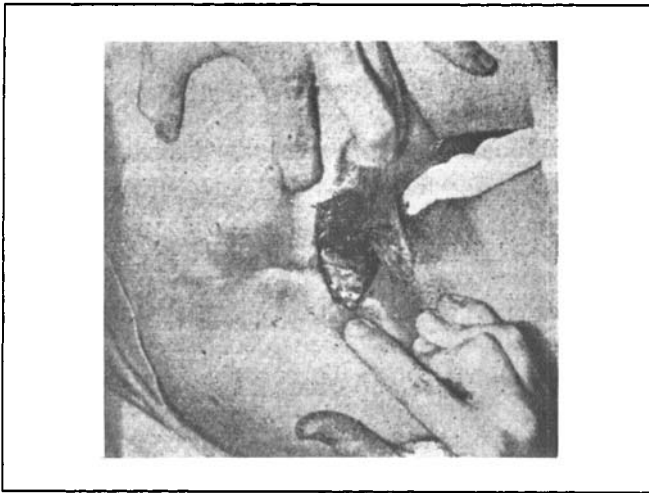


Fig. 16 - Aspecto da mesma ferida da Fig. 15, vindo-se o alargamento posterior fornecido ao canal anal pela miotomia executada. Deve ser colocada pequena mecha de gaze entre as extremidades seccionadas do esfíncter, que deverá ser mudada no fim de 48 horas; porém, diariamente, até o 5º dia será mantida esta drenagem, a fim de evitar a união das citadas extremidades.

Dos 123 casos por nós observados reunimos os seguintes dados, com exceção de nove doentes que não se submeteram ao tratamento:

Percaína em óleo: 18 casos; em dois observamos recidiva.

1) Fissurectomia à Gabriel-Blaisdell simples ou associada à exérese das fissuras anterior ou lateral (F. posterior = 72 + 2 recidivas [óleo] = 74 curas. F. dupla = 6 curas. F. Tríplice = 1 cura).

2) Fissurectomia anterior simples (2 casos - 2 recidivas).

3) Fissurectomia anterior associada ao alargamento canal para trás (15 + 2 recidivas = 17 curas).

## COMENTÁRIOS

*O Dr. José de Mendonça* - Sr. Presidente, só tenho elogios a fazer à descrição da fissura anal e às eruditas considerações anatômicas que o meu colega acaba de oferecer.

Levantou, porém, S. Excia., a questão da dor da fissura. Seria fissura apenas porque dá a dor?

Ora, a fissura não dói por ser fissura. Ela dói da mesma forma que o dente inflamado; ela dói como doem as fissuras bucais ao contacto da língua, por causa da nevrite; ela dói porque há um nervo inflamado, uma nevrite. O que faz doer a fissura é a nevrite e não a úlcera. Toda vez que se destrói a superfície da úlcera, desaparece a dor, justamente porque, com a destruição da úlcera, fazemos desaparecer o nervo inflamado, como acontece quando retiramos o nervo das raízes dentárias, cessando a nevralgia.

Do mesmo modo, se incisamos a fissura dolorosa da comissura e colocamos o paciente em repouso, evitando o contacto e a irritação dolorosa, conseguimos diminuir a dor, que acaba desaparecendo com o tratamento.

Há fissuras dolorosas, rebeldes, que duram muito tempo e reclamam operações cirúrgicas, mas há outras que se cu-

ram com simples cauterizações, com aplicação de simples caterético. Mesmo com uma solução de clorato de potássio, há fissuras que se curam; outras com soluções de permanganato de potássio. Vemos grande número de observações de fissuras curadas nessas condições.

Elas se curam porque se trata de infecção que *entretém* a nevrite, em estado de irritabilidade constante. E se estabelecem na parte anterior como posterior do ânus, como o faz na comissura da boca. No esfíncter oferecem-se essas diferentes condições que o meu colega acaba de descrever com tanta lucidez, nos pontos onde, localizada a úlcera e provocada a nevrite, se localiza a dor.

Naturalmente não temos que procurar defeito congênito. No indivíduo que tem o pé normal e, ao contacto com a terra molhada ou úmida, adquire o que geralmente se chama frieira, toda mobilização produz dor forte na fissura intradigital. Não preciso de outras razões para explicar a dor que a fissura produz. E, na úlcera dolorosa a que chamamos fissura, a dor corre por conta de uma nevrite, que torna a contração do esfíncter ou o contacto com fezes endurecidas muito dolorosa.

Mais uma vez louvo a exposição do meu colega, que ouvi com toda a atenção e na qual muita coisa aprendi. E dou por terminadas as minhas considerações.

*O Dr. Alfredo Monteiro* - Vou falar apenas porque prometi ao Dr. Sylvio d'Avila e porque assim presto uma homenagem a um homem que trabalha honestamente na especialidade, que venho acompanhando desde quando ainda docente-livre de Técnica Operatória e a quem dedico grande simpatia.

No Colégio não estamos numa Academia de elogios mútuos, de modo que nem sempre os comentários são de absoluta concordância, com o autor da comunicação, mesmo porque a crítica não desmerece o valor dos jovens trabalhadores, como este a quem, como disse, acompanho desde muito tempo com toda a simpatia.

Dr. Sylvio d'Avila foi anatomista como eu. Ambos fomos professores de anatomia. Por isso poderíamos ambos dizer: não existe um músculo ou um anel de fibras musculares estriadas no orifício anal apenas como estética. Conheço músculos que não têm função conhecida, como os da parede do abdômen, mas porque a perderam e são apenas a bolsa do marsupial. Não conheço outros músculos de fibras estriadas a não ser nessas condições que tenham perdido seu papel.

Em princípio, repugna-me que esse anel de fibras musculares estriadas não tenha papel e deva ser apenas complemento estético ou plástico do orifício anal.

Eu me insurjo também contra a denominação de polipo fibroso, porque não é nem anatômica, nem anatomopatológica. Nós, cirurgiões e patologistas - o cirurgião não se separa do patologista - chamamos polipo a todo tumor que lembra a forma do polvo. É desta forma que deriva a denominação. Ele se desprende de uma superfície lisa ou quadrada.

Nessas condições o polipo pode ser um fibroma. Mesmo no segmento retocólico os pólipos são de tal natureza ade-

nomatosos, que já se abandona a designação poliposa para se preferir a adenomatosa.

Temos duas ordens de polipos: os realmente adenomas e os *inflamatórios*. Há polipos que oferecem processo hiperplásico de tal espécie que algumas vezes dificilmente podem ser separados da verdadeira neoplasia.

Polipo fibroso é expressão que desconheço, porque não corresponde a nenhuma classificação cirúrgica nem patológica.

A casuística do meu jovem amigo é das maiores que tenho visto. S. Exa. fala com grande experiência e seriedade. Mas, para nós, que o ouvimos e somos cirurgiões gerais, interessaria muito que S. Exa. trouxesse os seus resultados.

Faço ainda uma pergunta ao nobre colega, a fim de que o C. B. C. fique completamente esclarecido: que há de particular entre a técnica apresentada pelo Dr. Sylvio D'Avila e a técnica de Martin mais fissurectomia?

O próprio Rankin e como todos os especialistas da tempera de Sylvio d'Avila mostram-se satisfeitos com a esfincaterectomia, a operação de Martin. Desejaria que o Dr. Sylvio d'Avila dissesse ao C.B.C. onde está a modificação da técnica do Dr. Martin para que prestássemos uma homenagem a S. Exa., como um expoente da cirurgia brasileira. Não o tendo dito, ficamos algo indecisos, sem sabermos se metodizou o método ou se o modificou. É o que queremos ouvir. Esta é a nossa principal função no C.B.C.: oferecermos e apreciarmos os resultados da nossa experiência. Muito nos interessa saber que o Dr. Sylvio d'Avila tem 122 casos de fissuras e vaidade e orgulho nisso, mas queremos saber, sobretudo, dos seus resultados. Queremos que nos diga quantos casos se curaram apenas pela diatermo-coagulação, pela cauterização, nos casos recentes; quantos se curaram pela operação de Martin mais a fissurectomia e quantos se curaram apenas pela fissurectomia.

É o que queremos que nos diga para orientar os cirurgiões gerais, que não temos a casuística do nosso colega. Esse o interesse do C.B.C., saber de cousas práticas. Na questão da etiopatogenia há muitas hipóteses, mas nenhuma delas, contudo, plenamente satisfatória.

A terapêutica, seja a adotada por Martin, seja a que o meu colega emprega, não tem base etiopatogênica. Mas, como é bom o resultado, vamos continuar com elas.

Quería que S. Excia. nos esclarecesse as diferenças entre a sua técnica e a descrita como de Martin; e, bem assim, os resultados.

Estou convencido de que S. Excia. está perfeitamente no bom caminho e com a razão. Mas nos ensine e nos dê conhecimento dos resultados obtidos, para que, nós, cirurgiões gerais, e outros não especializados nesse departamento e não tendo a prática do Dr. Sylvio d'Avila, amanhã, em face de uma fissura anal, possamos seguir essa técnica com absoluta segurança, uma vez que S. Exa. tem 12 casos e com a sua grande experiência nos recomenda o processo como da maior eficiência.

*O Dr. Sylvio d'Avila - Sr. Presidente, considero esta noite como a verdadeira consagração da minha carreira médi-*

ca. Tive a honra inesquecível de ver uma modesta comunicação minha comentada por um mestre dos mestres da cirurgia brasileira - o Prof. José de Mendonça. Aceite S. Exa. estas palavras como sinceras, como tudo quanto digo.

Por outro lado, ainda me vejo na grata contingência de agradecer os comentários e a palavra prestigiosa do Prof. Alfredo Monteiro.

Entretanto, permitam-me os acatados mestres responder às suas observações.

Quando tratei da fissura anal, naquele intróito, não cogitei da explicação da dor nesta afecção. Cogitei, sim, do intervalo de acalmia, entre a dor na defecação e a que surge após este ato. Foi este fato que não teve explicação até hoje porque, realmente, depois da defecação, em alguns casos e não em todos, há um período de calma, sem dor. Em seguida sobrevém a contratura esfinteriana. Foi pois a esse período de calma e sem dor que eu me referi ao iniciar a minha comunicação.

Outro ponto pediria licença ao Prof. José de Mendonça para acentuar. Lembraria a S. Excia. que basta ao indivíduo deixar de defecar durante 24 ou 48 horas ou três dias para que a fissura cicatrize, talvez sem o menor tratamento. Cicatriza espontaneamente. Mas, na defecação próxima, se volumosa, a lesão se repetirá. É fato comum, pelo menos na minha estatística; são as fissuras de repetição, às vezes de pequenos sintomas e de dores não tão extremas, como na observação de Curling, e que o doente só defecava sob a ação de inalações de clorofórmio. O doente procura, então, o médico devido às repercussões sobre o estado geral, sobre o sistema nervoso ou à esfera gastro-intestinal. As fissuras cicatrizam inúmeras vezes, mas o motivo determinante perdura e a fissura se repete.

Estas considerações estão escritas no meu trabalho. Em uma comunicação ligeira eu não poderia tratar minuciosamente de assunto tão profundo como esse, pelo menos para mim.

Os comentários do ilustre Prof. José de Mendonça, que agradeço, me proporcionaram a oportunidade de dizer mais alguma coisa. Sensibiliza-me a preciosidade das suas palavras.

Ao Prof. Alfredo Monteiro agradeço os conceitos elogiosos e o prestígio dos comentários.

Vou ser franco, referindo-me à técnica de Martin. Não sei se se trata de Martin, um dos preclaros presidentes da Sociedade Americana de Proctologia. Estudei o assunto com bastante cuidado, possuo - digo-o sem modéstia - uma biblioteca de proctologia talvez uma das maiores do Rio de Janeiro e não encontrei essa técnica. Talvez tenha sido vista em algum livro de cirurgia geral e não sei se em Bacon!

Em matéria de secção do esfíncer anal ou da fissura, começamos com Boyer, a sua técnica clássica e a sua teoria da contratura, como o elemento primário da afecção, sendo o secundário a ulceração.

Mas, as próprias observações de Boyer, quando esmiuçadas por outros, se demonstraram erradas. Primeiro, se forma o rasgão da região e, futuramente, a contratura esfinteriana. Como sabemos, toda secção completa da mus-

culatura anal pode produzir incontinência. Fizeram-se, depois, as secções musculares mais moderadas.

Surgiu em seguida Copeland, que fazia simplesmente a escarificação da fissura e dizia que assim a curava. Vamos encontrar a técnica de Riddoch, com o conceito de que a fissura é provocada pela fixação nessa zona, pelo septo anal intermuscular e dizendo que curava a fissura fazendo a secção deste septo anal ao nível da úlcera. Estas técnicas não deixam de ser operações muito antigas, sempre usadas desde o tempo de Albucasis. Os antigos diziam que curavam a fissura transformando a lesão ulcerosa em ferida recente.

São dois pontos de vista de uma técnica em conjunto, mas afastados entre si. Um secciona toda a musculatura; outro, só escarifica o leito da fissura. Entre a escarificação e a secção existem todos os processos intermediários.

O primeiro autor que disse, deliberadamente, qual era a porção e qualidade de esfíncter que se devia seccionar foi Blaisdell, baseado na barra muscular. Só se devia seccionar a barra muscular.

São inúmeras as técnicas para atender à fissura anal. Acredito que Martin não indique a porção e a qualidade de esfíncter que secciona. Blaisdell é o único que esclarece.

O meu conceito de fissura anal é idêntico ao da hérnia; só tem fissura quem apresenta predisposição anatômica.

*O Dr. Alfredo Monteiro* - Só chegamos a esse conceito de hérnia depois de muito estudo e de se terem encontrado sempre aqueles divertículos. Isso está agora muito bem estudado devido às questões de seguro. Pode ser que V. Exa. esteja com a razão, mas não colhe o argumento da hérnia.

*O Dr. Sylvio d'Avila* - É igual.

*O Dr. Alfredo Monteiro* - Com um pouco de filosofia, mas não como argumentação anatômica. Hoje a hérnia é assunto tão documentado anatomicamente que não se chega mais a duvidar que seja uma eventação.

*O Dr. Sylvio d'Avila* - Não me parece que a argumentação clínica seja pura filosofia. Há uma série de doentes constipados crônicos, que nunca tiveram fissuras. Parece-me que se trata não de observação filosófica, mas clínica.

Não trouxe, propriamente, uma técnica nova. Trouxe um conceito e, de acordo com esse conceito, lembrei a técnica. E esta técnica aplicada à fissura anterior ou lateral, creio que ninguém a aplicou. Em todos os livros, mesmo no de Heyden Parker, que diz alguma coisa sobre fissura anterior e lateral, nada encontrei de semelhante, pois este autor propõe que, na fissura anterior, se faça a ressecção da fissura e, quando haja constrição muscular, se seccione a "pecten band" pela técnica de Miles. É assunto a discutir. Esta técnica para o tratamento da fissura anterior - repito - é de minha autoria; nunca a vi aplicada até então.

Trouxe à Casa um conceito da fissura anal. Poderá ser aceite ou não. Para mim, é verdadeiro e o futuro o dirá.

Em relação à denominação de "polipo fibroso", acentuei ser a designada por Allingham, sendo, como disse, esta for-

mação patológica uma papila anal hipertrofiada, também denominada por Bacon de "papila fibromata".

Quanto aos resultados, no meu trabalho, vem com bastantes pormenores todos os esclarecimentos necessários, onde se encontra a orientação seja na fissura recente ou antiga.

#### REFERÊNCIAS

1. Adler Lewis H Jr. Fissura of the Anus and Fistula in Ano - 1892, George S. Dawis, Detroit, Mich.
2. Agnew WP. Hemorrhoids and other Non Malignant Rectal Diseases. Fifth Edition, San Francisco, Cal 1902: 136.
3. Albright JD. A Practical Treatise on Rectal Diagnosis. Published by the author, Philadelphia, 1909: 161.
4. Allingham W and Allingham HW. The Diagnosis and Treatment of Diseases of the Rectum. Sixth Edition, London, Baillière, Tindall and Cox 1896: 261.
5. Ashton TY. On the Diseases, Injuries, and Malformations of the Rectum and Anus. Philadelphia. Blanchard and Sea 1860: 63.
6. D'Ávila S. Fissura anal. Etiopatologia, Sintomatologia, Diagnóstico e Tratamento. Salus Populi, Ano 7, Dez 1934; 11: 3-21.
7. D'Ávila S. Hemorróidas. Etiopatogenia, Diagnóstico e Tratamento. Salus Populi, Ano 8, Ago 1935; 8: 13-18.
8. D'Ávila S. Hemorróidas. Salus Populi, Ano 9, Março 1936; 3: 3-16.
9. D'Ávila S. Do emprego do óleo percainado em proctologia. Rev bras Cir 1936: 5-22.
10. D'Ávila S. Anestesia simplificada nas hemorroidectomias. Reimpresso da Rev. Médico-Cirúrgica do Brasil, Ano XLV, Set 1937: 3.
11. D'Ávila S. Hemorroidectomia (Indicação e técnica). Salus Populi, Ano 12, Fev 1939; 2: 3-18.
12. Baglietto LA. Fissura anal. Lib y Edit El Ateneo, Buenos Aires 1942: 12.
13. Bacon HE. Ânus. Reto cólon sigmóide. Editora Freitas Bastos, 1941.
14. Ball Charles Sir. The Rectum. Its Diseases and Developmental Defects - London Hodder & Stoughton, pág. 146.
15. Bensaude R. Maladies de l'intestin. Serie IV, Masson & Cia, Editeurs 1939: 164.
16. Blaisdell PC. Pathogenesis of anal fissure and implication as to treatment. Surg Gynecol Obstet 1937: 65.
17. Blanchard CEA. Handbook of Ambulant Proctology. Medical Success Press, Youngstou, Ohio 1937: 79.
18. Blond Kasper. Hemorrhoids and their Treatment: The Varicose Syndrome of the Rectum. The Williams & Wilkins Comp. Baltimore, 1940.
19. Bodenhamer, William. A Practical Treatise on the Aetiology, Pathology, and Treatment of the Congenital Malformations of the Rectum and Anus. New York, Samuel S & W. Wood 1860: 85.
20. Bodenhamer William. Practical Observations on the Aetiology, Pathology, Diagnosis and Treatment of Anal Fissure. New-York. Willis Wood & Cia, 1868.
21. Brasil Filho. Fissura anal (Síndrome fissurária). Publicações Médicas, set 1941.
22. Brick JC. Fistula in the posterior anal commissure. Trans Amer Proctol Soc 1909; 11: 80.
23. Buie Louis A, Butsch, Winfield L. Multiple fissure of the anus in a case of tertiary syphilis. Reprint from the March. Amer J Dig Dis and Nut, 1934.
24. Buie Louis A. Practical Proctology. Philadelphia and London. WB Saunders Cia 1937: 110.
25. Busche George A. Treatise on the Malformations, Injuries and Diseases of the Rectum and Anus. New York. French & Adlar, pág. 187.
26. Cain A, Bensaude A e Eon A. Traitment de la fissure anale par le injection du chloridrate de procaine et chloridrate de histamine. Arch d mal de l'app digest 1939; 29: 675-676.
27. Cripps Harrison. On Diseases of the Rectum and Anus. Third Edition. Chicago WT Keener & Comp 1907: 166.
28. Curling TB. Observations on the Diseases of the Rectum. Fourth Edition, Philadelphia 1876: 8.
29. Dirceu de Andrade J. Fissura do ânus. Operação de William Gabriel. O Hospital 1938; XIV(5): 1173-84.
30. Fine J e Lawes CHW. Muscle fibers of submucosa, with special reference to pecten band. Br J Surg 1940; 27: 723-727.
31. Gabriel WB. Treatment of pruritus ani and anal fissura (The use of anesthetic solutions in oil). Br Med J, 1929, I, 1970 e 1930, II, 311.
32. Gabriel, William B. The Principles and Practice of Rectal Surgery. Second Edition. London H. K. Lewis & Co. Ltd., 1937: 126.
33. Garat JA. Fibrostenosis inflamatória del ano. Prensa Med Arg 1940; 27: 1269-73.
34. Gorsch RV. Medical Record, 1934, CXXXIX, 35 (Cit. Gabriel).
35. Graham AB. The use of quinine and uréa hydrochlorid in the treatment of fissure in ano. Trans Amer Proctol Soc, 1926, pág. 43.



36. Haydenn Parker E. The Rectum and Colon - Lea & Febiger. Philadelphia 1939, pág. 96.
37. Hiller, Robert I. The Anal Sphincter and the Pathogenesis of Anal Fissure and Fistula. *Surg Gynecol Obstet*, 1931; III(5): 921.
38. Hiller RI. Anal anatomy with reference to the White Line of Hilton and the Pecten Stroud. *Ann Surg* 1935; 102: 81-85.
39. Hirschman, Louis J. Handbook of Diseases of the Rectum. 4ª Edition. St. Louis: The C. V. Mosby Company, 1927: pág. 184.
40. Lawrence A. The pecten: the pecten band: pectenosis and pectenotomia. *Lancet* 1932; 1: 714-718.
41. Leibovici. Un traitement simples de la fissure anale. *Journ Med Paris*, 1935; 16, 18, 19: 349.
42. Lochkart Mummery JP. Diseases of the Rectum and Colon and their Treatment. 2ª Edition. London, Baillière, Tindall and Cox., 1934: 141.
43. Lynch Jerone M. Diseases of the Rectum and Colon and their Surgical Treatment. Philadelphia 1914, pág. 123.
44. Mathews Joseph M. A Treatise on Diseases of the Rectum. Anus, and Sigmoid Flexure. 2ª Ed., New York, 1896: 267-288.
45. Mechling Curtis C. Some Comments on Pectenosis. *Trans Am Proct Soc* 1933: 41-47.
46. Miles W, Ernest. Rectal Surgery. Cassel and Comp., Ltd., London, 1939: pág. 147.
47. Milligan ETC, Morgan CN. Surgical Anatomy of the Anal Canal. *Lancet* 1934; 2: 1150-1156 e 1934; 2: 1213-1217.
48. Minor WE. Clinical Proctology. St. Louis: The C. V. Mosby Company, 1929, pág. 74.
49. Morgan C, Naunton. *Br Med J* 1935; II: 938 (cit. Gabriel).
50. Morgan James W. Pectenosis and minor maladies of the anal region. *Surg Gynecol Obstet* 1934: 806.
51. Pennington Y, Rawson. A Treatise on the Diseases and Injuries of the Rectum. Anus and Pelvic Colon, Philadelphia 1923: 272-284.
52. Quain. Richard. The Diseases of the Rectum. London: Walter and Maberly 1854, pág. 154.
53. Rankin, Fred W, Barga YA, Buie LA. The Colon, Rectum and Anus. WB Saunders Company. Philadelphia and London, 1934, pág. 586.
54. Reuther TF. Nerves of the anorectal region. *Trans Am Proct Soc*, 1940: 202-209.
55. Ridoch YM. Anal Fissure. *The Lancet*, 1936; 2: 1150-1153.
56. Saboia Vistd. Clinica Cirúrgica do Hospital da Misericórdia (Lições professadas durante os anos de 1873 a 1879) - Tomo I. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1880, pág. 8.
57. Senna e Silva Gilberto G. Pathogenia da Fissura Anal. Reimpressão do "O Hospital", setembro de 1937.
58. Sicard A. L'alcoolisation dans le traitement de la fissure anal. *Presse Medicale*, 61: 7, 934, 227.
59. Smith Tom E. Cit. em *Trans. Am Proct Soc*, 1939, pág. 50.
60. Sodré, Haroldo. Tratamento da Fissura Anal. Publicações Médicas, 1940; CXVII: 5-19.
61. Van Buren WH. Lectures upon Diseases of the Rectum. New York: D. Appleton Com, 1881, pág. 206.
62. Vallis, Fred C. *Surg of the Rectum*. New York, 1907, pág. 15.
63. Yeomans FC, Gorsch RV, Mathesheimer YL. *Tr Am Proct Soc*, 1927, pág. 24 (cit. Gabriel).