

BREVE ESTUDO

SOBRE AS

Lacerações do perineo

75/6 EMC

794

HENRIQUE CARLOS RODRIGUES

BREVE ESTUDO

SOBRE AS

Lacerações do perineo

EM

CONSEQUENCIA DO PARTO E SEU TRATAMENTO

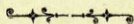
PELA

PERINEORRHAPHIA IMMEDIATA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

TYPOGRAPHIA OCCIDENTAL

So. Rua da Fabrica, 80

1894

75/6 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

DR. WENCESLAU DE LIMA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

Professores proprietarios

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria.	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos.	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	Eduardo Pereira Pimenta.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semeiologia e historia medica. Pharmacia.	Illydio Ayres Pereira do Valle. Nuno Dias Salgueiro.

Professores jubilados

Secção medica	José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica	Visconde de Oliveira.

Professores substitutos

Secção medica	} Maximiano A. d'Oliveira Lemos. } Vaga. } Ricardo d'Almeida Jorge. } Candido Augusto Correia de Pinho.
Secção cirurgica	

Demonstrador de Anatomia

Secção cirurgica	Roberto Belarmino do Rosario <i>Frias</i> .
----------------------------	---------------------------------------------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciatas nas proposições.

(Regulamento da Escola de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)

A' MEMORIA

DE

MEUS PAES

A MINHA IRMÃ

E

A MEUS IRMÃOS

AOS MEUS CONDISCIPULOS

E EM ESPECIAL A

Joaquim Arantes Pereira
Abel Brandão Leite Pereira Cardoso de Menezes
Pedro Alexandrino de Souza
Julio de Carvalho Baptista
Francisco da Silva Carvalho
Armando da Cunha Azevedo
Clemente Joaquim dos Santos Pinto
Eduardo de Souza Monteiro Maia
Adolpho Pinto Monteiro da Cruz
Joaquim José Pinto
José Antonio Duarte
Narcizo da Silva Guimarães
Annibal Lopes Brou
José Baptista Gonçalves Dias Junior
Accacio Umbelino Pereira da Silva
Joaquim Dias do Socorro
Flavio Norberto de Barros
Alberto Barboza de Queiroz
João Machado d'Araujo

AOS MEUS AMIGOS

E EM ESPECIAL A

Adriano de Lencastre
Alberto Teixeira Pinto
Antão de Lencastre
Antonio Vieira Mendes
Christiano d'Aragão Moraes
Cladio Aranda
João Guedes
João Maria Lopes Teixeira
Luiz Alberto de Faria Guimarães

Aos Companheiros do Bremel

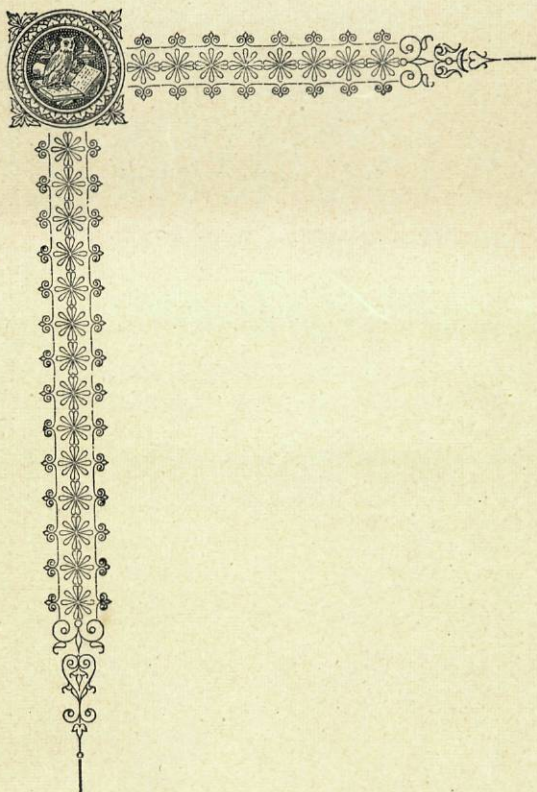
AO EX.^{MO} SNR.

Dr. Antonio de Azevedo Maia

Ao meu illustre presidente

o Ex.^{mo} Snr.

DR. JOÃO PEREIRA DIAS LEBRE



As lesões que muitas vezes, e em virtude de causas que adiante apontaremos, acompanham a passagem do feto através do canal vagino-vulvar, podem dar-se na parte anterior da vulva, ou na parte posterior.

É para estas ultimas que particularmente se reserva o nome de *lacerações do perineo*.

Seja qual fôr a sua séde, estas lesões podem continuar-se com as rupturas da parte inferior da vagina, e podem existir isoladamente.

Nas lacerações anteriores são, em geral, os pequenos labios as partes mais interessadas; a ruptura começa ordinariamente ao nível do anel hymeneal e póde, partindo d'aquí, tomar todas as direcções; de preferencia a do clitoris, que algumas vezes chega a attingir.

Estas lacerações podem variar desde uma simples escoriação até á completa divisão do

pequeno labio, chegando até algumas vezes a interessar o grande labio.

Raras vezes são duplas e ainda mais raras vezes occupam a linha média; a sua séde é d'ordinario n'um dos lados da columna anterior da vagina, parallelamente á uretra.

As lacerações da parte posterior, as lacerações do perineo propriamente ditas, são muito mais frequentes e importantes. Em regra interessam mais ou menos a vagina e podem, como as anteriores, ter a sua séde na linha média ou lateralmente; muitas vezes dirigem-se para fóra e para traz do *raphe* e podem além d'isso ser multiplas e apresentarem uma extensão e profundidade variaveis.

Sob este ultimo ponto de vista quasi todos os tratados de gynecologia as distinguem em 4 grupos:

- 1.º *Lacerações da forquilha*
- 2.º " *completas*
- 3.º " *incompletas*
- 4.º " *centraes*

Sob o ponto de vista do tratamento, que é o que mais detidamente estudaremos, con-

sideraremos apenas 3 variedades, a cada uma das quaes, como adiante veremos, corresponde um manual operatorio distincto.

1.º *Lacerações da forquilha.* São aquellas que interessam apenas a prega cutaneo-mucosa que a constitue.

2.º *Lacerações incompletas.* São as que interessam o septo musculo-aponevrotico do perineo n'uma extensão maior ou menor, sem comtudo attingir o canal do anus.

3.º *Lacerações completas.* São as que occupam todos os tecidos comprehendidos entre a vagina e as paredes do canal do anus inclusivamente, e o septo recto-vaginal n'uma altura maior ou menor.

N'esta cathegoria entram, sob o ponto de vista operatorio, as lacerações centraes; para as operar começa-se por seccionar as partes dos tecidos que ligam ainda as superficies da ferida, e transformam-se assim em lacerações completas.

CAUSAS

D'um modo geral pódem-se considerar as rupturas perineaes como o resultado d'uma desproporção entre o feto e o canal vaginovulvar.

E assim é que todas as anomalias de volume, todos os vícios de accommodation, todas as causas de dystocia, pódem, a justo titulo, ser consideradas como outras tantas causas de rupturas *vagino-perineaes*.

No emtanto, estudando mais de perto estas causas, dividil-as-hemos em tres grupos :

Causas relativas ao feto.

Causas relativas á mãe.

Causas relativas ás diversas manobras obstetricas.

a) Causas relativas ao feto.

A primeira d'estas causas é, como facilmente se comprehende, o excesso de volume do feto. Isto basta com effeito, para explicar a ruptura. No emtanto, se lêmos com alguma attenção as estatisticas, e se acompanharmos Fasbender, Liebrein e Hecker nas suas deducções, somos forçados a concluir, com estes auctores, que as lacerações perineaes são tambem muito frequentes nos casos em que as dimensões do feto são diminutas. Esta maior frequencia encontra, de resto, explicação na rapidez do periodo d'expulsão; o perineo, não tendo tempo de desenvolver toda a sua elasticidade, rompe-se.

Uma causa tambem muito commum é a falta d'accommodação, uma anomalia na apresentação e posição.

N'este capitulo deve figurar em primeiro lugar, na apresentação da vertice, a chamada deflexão prematura da cabeça (Auvard).

N'estas circumstancias o pubis, em lugar de estar em relação com a região sub-occipital, encontra-se em contacto com um ponto mais ou menos proximo do bregma, d'aqui resulta que a expulsão se faz segundo diâmetros cujas dimensões são muito mais consi-

deraveis que as dos diâmetros sub-occipitales.

N'alguns casos esta anomalia no mecanismo do parto coincide com uma falta de rotação da cabeça. Apresenta-se esta, então, pelos diâmetros maiores aos diâmetros menores do orificio vulvar.

As apresentações de frente e de face podem dar logar a lacerações por um mecanismo analogo.

b) Causas relativas á mãe.

Occupam egualmente um papel de importancia grande, na pathogenia das lacerações do perineo.

Todas as condições capazes de modificar a resistencia do canal vagino-perineal devem vir incluídas n'este grupo.

Entre ellas estudaremos principalmente :

A inclinação exaggerada da bacia ;

O comprimento do perineo ;

A falta da extensibilidade da vagina ;

A rigidez dos tecidos das primiparas edosas ;

A estreiteza congenita da vagina.

A inclinação exaggerada da bacia, dissemos nós, é uma causa frequente de laceração.

Conhecido o mechanismo do parto normal vê-se, immediatamente, que a direcção da força expulsiva se acha assim modificada e que a extremidade cephalica virá bater contra a parte posterior do perineo, podendo lateral-o.

Nas mesmas condições estão os casos em que o perineo apresenta um comprimento exaggerado. O orificio vulvar é então impellido para cima e para diante, o que constitue um obstaculo á sahida do feto, por falta d'orientação vulvar. No emtanto ha quem conteste esta causa de laceração do perineo. Parece mesmo, a darmos credito ás estatisticas de Fasbender, que a frequencia das lacerações está na rasão inversa do comprimento do perineo.

A não extensibilidade, ou melhor, a menor extensibilidade do perineo, é uma outra causa que apontamos.

Vejamos a que deve o perineo esta sua menor extensibilidade.

Em primeiro logar é *forçoso collocar as cicatrizes*. Ordinariamente devidas a partos anteriores, ellas pôdem, todavia, ter por origem uma affecção local. A sua importancia não é,

de resto, a mesma. Umas apenas interessam a mucosa, outras são mais profundas e penetram nos tecidos subjacentes, outras, finalmente, apenas occupam o tecido cellular, deixando a pelle e a mucosa intactas.

A ampliação vaginal effectua-se n'estes casos d'um modo muito irregular por causa da inextensibilidade do tecido cicatricial. Mas não é só isto: o logar de eleição d'estas feridas é nas partes lateraes do perineo, de modo que a cabeça sahe obliquamente forçando a extensibilidade das partes sãs, o que predis põe para as lacerações.

Correlativamente com esta inextensibilidade podemos estudar uma outra causa que tambem apontamos: — a rigidez progressiva dos tecidos nas primiparas edosas.

N'estas condições todos os auctores são unanimes em admittir a frequencia de rupturas.

A estatistica de Liebre men a este respeito é bastante eloquente e curiosa.

Até aos vinte annos a proporção é de 27,9 %; dos vinte e um aos vinte e cinco é de 28,7 %; de vinte e seis a trinta, de 51,4 %, e acima de trinta, 53,8 %.

A estreiteza congenita da vagina é ainda, principalmente *em creanças com o aspecto de adolescentes*, uma causa de laceração.

Desde muito que esta estreiteza tem sido observada. Coincide quasi sempre com uma precocidade congenita, e uma falta d'extensibilidade muito notavel.

Muitas vezes este character especial da vagina coincide tambem com uma insufficiencia de desenvolvimento dos differentes órgãos contidos na excavação.

O recto, a bexiga e a propria bacia conservam o character infantil. Os septos recto-vaginal e uretro-vaginal são adelgaçados e pouco resistentes. E' sobretudo n'este caso que se observam lacerações da mucosa e mesmo dos musculos sub-jacentes até á pelle que fica intacta.

c) Causas relativas a manobras obstetricas.

A applicação do forceps constitue uma das mais importantes.

Ordinariamente actua apenas d'uma maneira indirecta impedindo a accommodação da cabeça fetal. Com effeito a extremidade cephalica apanhada mais ou menos regular-

mente não soffre já a deformação especial, cujo effeito é diminuir os diâmetros parallellos aos diâmetros da bacia. De resto o proprio forceps não se adapta senão muito imperfeitamente á fôrma das partes maternas. Observa-se facilmente que, durante a extracção, a extremidade posterior das colheres e a haste veem distender o orificio vaginal.

Concebe-se facilmente como esta pressão desigual possa produzir uma ruptura no ponto de menor resistencia do anel.

Fôra d'isto o forceps actua directamente sobre os tecidos, dilacerando-os.

Passemos em revista os diversos tempos da applicação do forceps.

A simples introdução da mão na vagina pôde produzir rupturas quando é feita violentamente e sem precauções. Na maioria dos casos a laceração provém d'uma falta de parallelismo entre a curvatura pelvica do instrumento e o eixo do canal vaginal. N'uma applicação directa, se se abaixar prematuramente o cabo do forceps, a extremidade livre da colher veem ferir a parede anterior e produzir uma laceração vaginal; d'outra parte a convexidade dilacera a parede posterior.

Pódem assim produzir-se quatro lacerações situadas duas a duas de cada lado das columnas da vagina. Se pelo contrario o cabo do forceps é muito levantado, estas lacerações produzem-se ainda, mas por um mecanismo inverso. Nas applicações obliquas ou transversaes a curvatura do forceps é necessariamente differente da do canal pelvico, o que torna ainda mais facéis as lacerações.

A sua sede estará sempre em relação com a situação dos ramos do instrumento. A existencia da haste de tracção, no forceps de Tarnier, póde tornar-se frequentemente uma causa de laceração. N'um dos modelos mais antigos, existe, ao nivel do ramo inferior de cada colher, uma saliencia destinada a articular-se com a haste de tracção. Esta saliencia vinha bater d'um e outro lado, contra a parede vulvo-vaginal produzindo assim lacerações.

Tarnier fez desaparecer este inconveniente collocando esta articulação no bordo inferior da colher.

No emtanto casos ha em que, mesmo com instrumentos os mais aperfeiçoados, as

condições são extremamente favoráveis ás lacerações. Quando, com effeito, a cabeça está incompletamente flectida no momento em que é apanhada pelo forceps, os esforços de tracção impedirão necessariamente que a flexão seja completa, e os diametros cephalicos serão assim mais consideraveis, ao passo que a expulsão espontanea teria accentuado o movimento de flexão, e tornaria a accommoção mais perfeita.

Quando se quizerem evitar lesões consideraveis do canal vagino-vulvar, deve-se fazer descrever ao cabo do instrumento um arco de raio determinado pela conformação da bacia.

N'estas condições o forceps de Tarnier póde, até certo ponto, evitar as lacerações. Já vimos que na vagina infantil a rotação não se póde effectuar sem estragos profundos e consideraveis. Comprehende-se, pois, que os ramos do forceps, augmentando as dimensões da cabeça fetal, venham tornar ainda mais extensas estas lesões.

Ha, n'estes casos, grave inconveniente em fazer a rotação artificial.

O que acabamos de dizer do forceps ap-

plica-se geralmente ao embryotomo e ao cephalotribo.

Na versão, as rupturas pôdem produzir-se, quer no momento da passagem dos braços collocados aos lados da cabeça, quer quando o mento deflectido vem comprimir o perineo.

O mechanismo é, de resto, sempre o mesmo: ausencia de accommodação das partes fetaes aos orgãos maternos.

Accidentes a que as lacerações do perineo
pódem dar origem

Estes accidentes pódem apparecer immediatamente depois do parto, durante elle ou mezes e até annos depois.

Estudal-os-hemos denominando-os respectivamente *primitivos*, *secundarios* e *tardios*.

ACCIDENTES PRIMITIVOS

Hemorrhagia.—Na maior parte dos casos o escoamento sanguineo é insignificante. Quando, porém, as lacerações se dão nas partes antero lateraes da vulva, ha sempre uma perda notavel de sangue proveniente da ruptura das veias varicosas que nas parturientes são extremamente frequentes n'esta

região. Nas lacerações completas acontece outro tanto pela ruptura das veias hemorroidaes.

Difficuldade na micção. — A dysuria que muitas vezes se produz nos casos de laceração do perineo é em geral a consequencia de lesões da uretra. Casos ha, porém, em que ella é de origem reflexa em consequencia da visinhança da ferida e do meato.

Este accidente é de ordinario de pouca duração e basta praticar o catheterismo durante um ou dois dias para o fazer desaparecer.

ACCIDENTES SECUNDARIOS

Infecção. — Como todas as soluções de continuidade, as lacerações do perineo constituem portas de entrada a todas as substancias septicæ.

Na sua variedade mais simples a infecção manifesta-se sob a forma d'uma inflammação puramente local, podendo determinar a producção d'um abcesso ou d'um phlegmão.

Mas nem sempre as coisas acontecem

pelo melhor, e não é raro vêr mulheres recém-paridas, apresentarem accidentes septicos taes como: calafrios, febre, mal estar geral, etc., cujos pontos de partida foram leves lacerações *passadas despercebidas*. A este proposto diz Champetier de Ribes:

«Todas as vezes que uma mulher recém-parida, em boas condições, apresente hyperthermia, impõe-se ao assistente a obrigação de examinar escrupulosamente o perineo e a vulva, e cuidar convenientemente de qualquer escoriação que porventura encontre. Na maioria dos casos a hyperthermia desaparecerá com o preenchimento d'esta unica indicação.»

Daerderlein, no congresso de gynecologia de Munich, em 1888, sustentou que as lacerações do perineo pódem ser, e são muitas vezes, a origem da febre puerperal.

Sem querer attribuir um grande valor a esta opinião, o que é certo é que os exsudatos de que estas feridas muitas vezes se recobrem e que muito se assemelham ás falsas membranas da diphtheria são, segundo as investigações de Widal, verdadeiros fôcos microbianos, cujos micro-organismos são os

mesmos que se encontram na febre puerperal em geral; isto é, os streptococos.

Seja, porém, como fôr, o que hoje ninguém ousa pôr em duvida é que as lacerações do perineo, expostas a todas as especies de contaminações, pôdem ser, e são, muito frequentes vezes, o ponto de partida de graves accidentes infectuosos.

ACCIDENTES TARDIOS

Passado o periodo puerperal, a mulher fica ainda exposta a accidentes cuja gravidade varia com a profundidade e extensão das lesões perineaes. Quando estas lesões interessam apenas a forquilha, os pequenos labios, e o clitoris, a sua importancia é insignificante, e só excepcionalmente se lhes pôdem attribuir alguns casos de vaginismo, como muitos pretendem.

Quando, porém, as lesões interessam profundamente o perineo, as perturbações que d'ahi provêm são em geral mais serias e reclamam 'um tratamento severo.

Tomemos para exemplo uma laceração

que tenha interessado o levantador do anus. O perineo, tendo perdido assim o seu sustentaculo natural, perde a sua resistencia e passa a executar a sua funcção d'uma maneira imperfeita.

Os labios da ferida cicatrizando isoladamente deixam o orificio vulvar aberto. Ao fim d'um certo tempo as columnas vaginaes cahem fazendo saliencia fóra da vulva; produz-se um verdadeiro prolapso da mucosa; esta arrasta comsigo a bexiga e o recto — o cystocele e rectocele são inevitaveis.

O utero arrastado pelo seu proprio peso e pela mucosa vaginal, abaixa-se no canal, pôde mudar de direcção e até retroflectir-se.

Estas modificações physicas acarretam necessariamente perturbações funcçionaes de grande importancia, como sejam dôres, sensações de peso no baixo-ventre, etc., que todas as doentes accusam, e que seriamente as incommodam.

Em quanto ás lacerações completas, as suas complicações são ainda mais desastrosas. N'este caso o perineo desaparece por completo para dar logar a uma fenda unica estendida da vulva ao anus. Os gazes intesti-

naes e as materias fecaes, chegadas ao recto e não encontrando o obstaculo natural que á sua sahida oppõe o sphincter anal, por isso que este se acha interessado na laceração, escapam-se d'uma maneira continua ou pelo menos muito repetida e quasi involuntaria. As condições d'uma mulher n'este estado são verdadeiramente deploraveis.

TRATAMENTO

É sob o ponto de vista do tratamento, mais que sob nenhum outro, que a distincção das lacerações perineaes em completas e incompletas têm importancia. Desde muito tempo que os diversos auctores que têm estudado este assumpto discutem a utilidade da intervenção cirurgica. Pelo que diz respeito ás lacerações completas, a questão parece estar hoje definitivamente julgada, e ninguem ousa pôr em duvida a necessidade de tal intervenção.

Comtudo, não vae ainda longe o tempo em que, a possibilidade da reparação espontanea, era admittida. Roux, Velpeau, e mais recentemente Després, sustentaram que as lacerações completas eram susceptiveis de

cura sem intervenção cirurgica, e apresentaram, em apoio da sua opinião, varios casos de observação pessoal. Posteriormente este factio foi negado, em absoluto, por alguns cirurgiões, e considerado excepcional pela maior parte.

Repugna, com effeito, admittir que se possa dar a cura definitiva sem intervenção cirurgica, se nos lembrarmos de que o caracter principal d'estas soluções de continuidade é interessar um grande numero de fibras musculares, e que por isso mesmo os labios da ferida não têm tendencia alguma a approximar-se. Além d'isto, para que a reunião por primeira intenção se effectue, é necessario que as superficies divididas estejam em perfectas condições de asepsia.

Ora n'um caso de laceração completa não podemos sequer pensar n'isso, porquanto, não devemos esquecer que se trata d'uma ferida exposta em contacto inevitavel, d'um lado, com as materias fecaes, e do outro com os lochios que escorrem da cavidade uterina. A reparação espontanea das lacerações completas do perineo deve, pois, em principio, ser considerada como muito problematica.

Relativamente ás lacerações incompletas, as opiniões acham-se, ainda hoje, muito divididas.

Durante muito tempo os cirurgiões foram partidarios da não intervenção. Sedillot, Cazeaux, Charpentier, limitam-se a approximar as pernas da doente mantendo-as por meio d'uma ligadura, de fórma a impedir o affastamento das coxas, e juntando a este processo as precauções antisepticas convenientes.

Outros, porém, como Dubois, Depaul, Boyer e Doleris, pensam que a reunião por primeira intenção é, n'estes casos, tambem excepcional, e que a reunião secundaria só ao fim de muito tempo se effectuará e será, no maior numero de casos, muito imperfeita.

Deve além d'isto ter-se em consideração que as feridas do perineo, situadas n'um meio extremamente rico em lymphaticos, constituem um perigo imminente pelos accidentes infectuosos a que podem dar lugar.

Poder-se-ha objectar que, nos casos de lacerações leves, os pensos antisepticos repetidos bastarão para impedir as inoculações. E' mesmo isto o que em geral acontece. Mas

o que é fóra de duvida tambem, é que, qual-quer laceração, por mais insignificante que seja, constitue sempre uma porta aberta que, na occasião da menor infracção, sempre possivel na antiseptia, pôde dar entrada a germens infectuosos.

O melhor meio de evitar essa penetração é fechar a porta de entrada.

A discussão travada a proposito da utilidade da intervenção cirurgica accentua-se quando se trata de fixar a epocha da operação. Defendem uns a pratica da operação immediatamente depois do parto, defendem outros a expectação.

Em qualquer dos campos militam cirurgiões notaveis.

Entre aquelles que defendem a expectação salienta-se Roux.

Eis, em resumo, os argumentos que elle adduz em favor da sua these:

1.º A irregularidade das partes laceradas que, sendo mal irrigadas e não podendo ajustar-se perfeitamente, estão em risco de ser votadas ao esphacelo e podem dar logar á inflammação ou a accidentes septicos.

2.º O escoamento dos lochios sobre a fe-

rida e a probabilidade de penetrarem atravez das suturas indo desunir os tecidos em via de reunião.

3.º A influencia do estado puerperal que é uma má condição para a reparação dos tecidos, e que até, em certos casos, poderia dar logar a graves complicações septicæ.

4.º Fraqueza da mulher depois do parto.

5.º Possibilidade da restauração espontanea do perineo.

A todos estes argumentos responde brilhantemente Luizy, um dos partidarios da intervenção immediata.

A irregularidade das partes desaparece perante o emprego da thesoura curva que permite fazer a ablação de todos os retalhos que se destaquem da superficie da ferida.

E' certo que em alguns casos os tecidos ficam de tal modo mortificados que, se fossemos a não deixar senão as partes sãs, seria impossivel conseguir a afrontação dos labios da ferida. E' perante esta objecção, mas só perante esta, que alguns partidarios da intervenção immediata recuam a ponto de, em casos taes, adoptarem o methodo expectativo.

Luizy, porém, ainda n'estes casos quer a intervenção immediata, fundando-se na extraordinaria vitalidade dos tecidos d'esta região n'uma epoca em que a circulação é muito mais activa do que fóra do estado puerperal.

A influencia dos lochios considera-a desprezível.

Demonstrado, como está hoje, que os lochios não contem pús, pelo menos durante os tres ou quatro dias seguintes ao parto, tudo leva a crer que os labios da ferida, tornados asepticos, ajustados em toda a sua extensão e protegidos por um penso antiseptico, estejam, ao fim d'algumas horas, sufficientemente cimentados para não darem passagem a nenhum corpo extranho, mesmo quando este seja liquido.

O estado puerperal que outr'ora era considerado como uma contra-indicação absoluta a qualquer intervenção, pela frequencia dos accidentes septicos da febre puerperal, etc., passou a ser de nullo valor depois da descoberta da antisepsia. Graças aos recursos d'uma antisepsia rigorosa podem-se hoje praticar, na mulher recém-parida, todas as opera-

ções que o seu estado reclame sem temer a infecção.

A fraqueza da mulher em seguida ao parto é, como os anteriores, um argumento que nada colhe. Com effeito, não se comprehende que influencia nociva possam ter sobre a doente algumas picaduras de agulha sem perda de sangue apreciavel, e de mais a mais praticadas n'uma occasião em que a sensibilidade, se não está abolida, está pelo menos embotada.

Quanto á possibilidade da restauração espontanea do perineo, vimos já que só excepcionalmente se effectua, e ainda assim de uma maneira imperfeita. A reunião dá-se apenas nos tegumentos, as fibras musculares ficam separadas, retrahem-se, atrophiam-se e forma-se assim um falso perineo sem condições de segurança para os órgãos da pequena bacia.

Se depois d'esta argumentação de Luizy ainda restasse a alguém duvida sobre as vantagens da intervenção cirurgica immediata, essa duvida desappareceria decerto em face d'outros argumentos. Assim, a ferida recente, apresentando ainda as suas superficies cruen-

tas, evita um dos tempos mais delicados da operação, o avivamento, tornando-o absolutamente desnecessario. Além d'isto, as partes recentemente separadas, correspondem-se exactamente não só pela sua extensão e configuração, mas ainda pelas irregularidades das suas superficies; a adaptação será pois perfeita. A estas razões, cuja importancia é incontestavel, vêem juntar-se vantagens d'outra ordem. Em primeiro logar a insensibilidade mais ou menos completa da região sobre que se vae operar e que permite que a operação seja supportada, sem que seja preciso recorrer á anesthesia; e por ultimo, a diminuição das probabilidades da infecção pela suppressão immediata de uma ferida aberta.

Estabelecido assim que, em qualquer laceração perineal, se deve sempre intervir e d'uma maneira immediata, estudemos agora os methodos operatorios empregados.

Fallamos já do processo que consiste em approximar as coxas da parturiente.

Este processo além das poucas probabilidades d'exitto que apresenta, é insufficiente.

Outro tanto se pôde dizer do emprego

das *serres fines*. A este respeito diz Charpentier :

« Nas lacerações incompletas as *serres fines* são extremamente dolorosas, deslocam-se e caem com facilidade, e dão lugar, algumas vezes, á gangrena nos seus pontos de applicação.

Nas lacerações completas os seus resultados são sempre pouco satisfactorios.

Só excepcionalmente se obtem uma reunião completa, e ainda assim é sempre insufficiente.»

Um terceiro processo adoptado, e cujos brilhantes resultados nos authorisam a proclamar-o como o mais seguro, é a perineorrhaphia.

Esta operação foi praticada pela primeira vez em 1649 por Jacques Guillemeau. Mas só depois dos trabalhos de Dieffenbach e Roux é que a perineorrhaphia entrou no dominio das operações correntes.

MANUAL OPERATORIO

1.º *Fios empregados nas suturas*.—Não está ainda definitivamente assente qual a espe-

cie de fios que de preferencia se deva empregar.

Champetier de Ribes dá a preferencia aos fios de catgut e á crina de Florença, sem comtudo deixar de lhes reconhecer inconvenientes graves, como sejam a facilidade com que são absorvidos e a sua falta de asepsia.

Acontece algumas vezes que ao fim do quarto ou quinto dia os tecidos não estão ainda completamente reunidos, ao passo que os fios já foram completamente absorvidos; a consequencia d'este facto é facil de prever: a laceração reproduz-se.

Outras vezes, e sem causa apreciavel, acontece que as operadas apresentam symptomas febris. A este proposito cita Ardonim o caso seguinte: cinco mulheres foram successivamente suturadas com fios de catgut conservados no mesmo frasco; apesar de todas as precauções antisepticas, todas apresentaram phenomenos febris sem que fosse possível determinar a causa.

Só no dia em que os fios foram mudados é que a hyperthermia desapareceu.

Para obstar a estes inconvenientes ado-

ptou Champetier de Ribes o processo de conservação seguinte:

Desembaraça-os da gordura lavando-os com um tampão de algodão embebido em ether, fal-os macerar durante 48 horas em glycerina phenicada a $\frac{10}{100}$; colloca-os durante 5 horas em uma solução de acido chromico a $\frac{10}{100}$ e em seguida conserva-os em alcool absoluto.

Os fios assim preparados são, quando saem do alcool, um pouco duros e friaveis; restitue-se-lhes toda a sua flexibilidade mergulhando-os durante alguns momentos, na occasião do seu emprego, no licor de Van-Swieten puro.

Por este processo obtem-se os fios de catgut com todas as garantias de solidez e asepsia, e sem receio de que sejam absorvidos antes do nono ou decimo dia.

Em quanto á crina de Florença prepara-se fazendo-a ferver durante duas horas em agua borica a $\frac{10}{100}$, e conservando-a em agua phenica a $\frac{10}{100}$.

Um grande numero de cirurgiões, entre os quaes Tarnier e Pinard, empregam nas suas suturas os fios de prata. A melhor ma-

neira de os conservar sempre asepticos consiste em aquecel-os n'uma estufa a 120° e conserval-os em seguida em alcool rectificado.

Na clinica do Ex.^{mo} Professor Snr. Dr. Azevedo Maia vimos empregar a crina, e algumas vezes o catgut, sempre com o melhor exito, e sem que nunca se manifestassem os inconvenientes apontados por Champetier de Ribes.

2.^o *Instrumentos.* — Para praticar as suturas emprega-se indifferentemente a agulha curva de Reverdin, ou simples agulhas curvas que se montam no porta-agulhas. Além d'isto o operador deve ter á mão pinças de dissecção e de *forcipressura*, thesouras rectas e curvas, affastadores e uma sonda canelada.

Todos estes instrumentos serão previamente flammejados e collocados em agua phenica a $\frac{5}{100}$.

3.^o *Anesthesia.* — Praticar a perineorrhaphia sem anesthesia é expôr-se a ouvir a doente dar altos gritos, e vel-a fazer movimentos intempestivos que, embora não comprometam o resultado da operação, pelo menos tornam a intervenção mais difficil.

Por outro lado fallar-se de chloroformio

às doentes ou á familia é deixar entrever uma grave intervenção que, dado o horror de muitas pessoas por este anesthesico, nem sempre é accete. E' pois, questão muito delicada esta da anesthesia e que os cirurgiões resolvem de differentes modos, como differentes são os casos que se lhes apresentam.

Se as lacerações são de pequena importancia ha toda a vantagem em deixar de lado os anesthesicos e aproveitar a anesthesia parcial, algumas vezes quasi completa, dos tecidos do perineo depois do parto.

Se, porém, se trata de lacerações importantes, a anesthesia impõe-se como uma necessidade.

Pozzi recommenda a anesthesia local por meio da cocaina, que, diz elle, prova muito bem na maioria dos casos, aconselhando ao mesmo tempo não exceder a dose de um centimetro cubico da solução a $\frac{1}{20}$ em injecções hypodermicas muito superficiaes, e fazendo ao mesmo tempo loções ao nivel das mucosas com a solução a $\frac{1}{10}$.

Segundo Woelfler, meia seringa de Pravaz da solução de chlorydrato de cocaina a $\frac{1}{20}$ bastará para obter, ao fim de dois ou tres.

minutos, uma anesthesia que poderá durar de vinte a trinta minutos. A zona anesthetica assim obtida occuparia uma superficie de dois a tres centimetros quadrados, e no contorno haveria uma segunda zona semi-anesthetizada de equal extensão.

D'uma estatistica do Hospital Tenon colhemos o seguinte: de nove doentes anesthesiadas pelo methodo de Pozzi, em casos de lacerações incompletas, quatro declararam não ter sentido dôr alguma; duas supportaram bem a operação; tres não tiraram o menor proveito do emprego da cocaina.

D'estas observações, embora pouco numerosas para nos pronunciarmos d'uma maneira absoluta, parece poder-se concluir que a cocaina é um anesthesiaco, que, nos casos de intervenção immediata, pôde dar excellentes resultados, mas cujo effeito nem sempre é certo.

Nos casos de laceração completa, ou ainda n'aquelles em que, pela sua irregularidade, extensão e profundidade, estas lesões exijam uma intervenção demorada, não deverá, sempre que o estado da doente o permitta, hesitar-se em empregar a anesthesia geral.

4.º *Cuidados preliminares.* — Preparados os fios e os instrumentos, deita-se a mulher na mesa operatoria, ou, á falta d'esta atravessa-se no leito, em decubito dorsal e com as costas bem horizontaes. Afastam-se as coxas e mantêm-se em meia flexão sobre a bacia; as pernas flectidas sobre as coxas, são mantidas por dois ajudantes collocados um á direita e o outro á esquerda da doente. O operador colloca-se sentado em frente da mulher a operar. Extrahem-se as urinas por meio do catheterismo. Não nos devemos importar com o recto por isso mesmo que as materias que poderia conter devem ter sido extrahidas antes do parto por meio d'um clyster. E' inutil dizer que se tivéssemos de operar uma laceração completa, o canal do anus deveria ter sido submettido ás mesmas medidas antisepticas que as outras partes do campo operatorio. Pratica-se em seguida, uma injecção vaginal com uma solução de bichloreto de mercurio a $\frac{1}{4000}$ ou segundo Pinard, com uma solução de bi-iodeto a $\frac{1}{4000}$.

Procede-se depois á *toilette* operatoria que consiste na lavagem de todo o perineo com agua e sabão, comprehendendo a vulva e a

vagina; barbeam-se as partes ao nível e proximo d'aquel'as em que se deve operar, e lavam-se em toda a extensão com o licôr de Van-Swieten. Com o fim de impedir os lochios de vir conspurcar a ferida durante a operação, introduz-se, á entrada da vagina, um tampão d'algodão hydrophilo embebido na solução precedente.

As margens do campo operatorio, bem como a face interna das coxas, devem ser cobertas com duas compressas, embebidas n'um liquido antiseptico; estas compressas têm o duplo fim de proteger a ferida, e de garantir as extremidades dos fios de sutura deixados fluctuantes.

5.º *Modo de praticar as suturas* — Antes de approximar os labios da laceração, é urgente não esquecer um ponto sobre o qual Champetier de Ribes insiste particularmente, e que constitue uma precaução á qual elle liga uma importancia capital. Consiste elle em não deixar entre os labios da laceração nenhum tecido que não seja são. Para conseguir este resultado é necessario banhar a ferida demoradamente com um fio de liquido antiseptico; todos os fragmentos

de tecidos, todos os retalhos fluctuantes serão assim cuidadosamente extrahidos da ferida. Só n'esta altura é que se fazem as suturas.

Estas, repetimos, se quizermos ter uma grande probabilidade do bom successo da operação, deverão ser feitas logo em seguida ao parto, ou pelo menos passadas algumas horas depois do parto. Para não ser incomodado pelo corrimento sanguineo ou pelos lochios, o operador poderá, á vontade, irrigar a ferida durante a operação, por meio d'um fio de liquido antiseptico, ou, melhor ainda, limpar, de tempos a tempos, com uma esponja, ou com tampões de algodão hydrophilo imbebido em licôr de Van-Swieten.

Desde o começo do anno de 1890, o dr. Champetier de Ribes adoptou exclusivamente, como modo de sutura, a sutura continua com catgut simples, ou em planos sobrepostos conforme as profundidades das lesões perineaes. A primeira applicação methodica d'este genero de sutura em gynecologia, parece ter sido feita por Broeze em 1883. Em 26 casos de lacerações perineaes incompletas, que tractou pela sutura continua, apenas teve dois insuccessos, e um meio successo; no mo-

mento da sua publicação ainda não tinha tido occasião de applicar este processo a uma laceração completa, mas declarava desde logo que não receava que elle não fosse preferivel, mesmo n'este caso, a qualquer outro processo de sutura.

A partir d'esta epocha (1883-1884) a sutura continua foi applicada por quasi todos os cirurgiões de Berlim. Schroeder obteve com ella optimos resultados, que publicou em junho de 1885 na «Societé de gynecologie de Berlin» (24 doentes curados com uma só operação, 1 com duas).

N'este mesmo anno, Doléris publicou um artigo interessante no qual mostrou quanto é vantajosa a sutura em serzadura para conseguir a soldadura progressiva, facil, igual e completa das feridas muito profundas ou muito largas, que *à priori* pareciam demandar, para se reunir, um enorme esforço.

Com effeito a multiplicação dos pontos da sutura diminue, d'uma maneira consideravel, a força de tracção supportada por cada um d'elles; além d'isso, como se vae praticando a sutura, sempre das partes profundas para as superficiaes, nada se faz que não se

veja, e facil é evitar que fiquem partes separadas, o que impediria a reunião; esta faz-se, portanto, com toda a integridade.

Pondo em contacto intimo, as partes correspondentes dos tecidos, a sutura em serzidura é além d'isso um excellente meio de hemostase.

Vamos descrever a applicação d'este methodo ao tratamento das diversas variedades de lacerações do perineo.

I

Perineorrhaphia praticada nos casos de laceração da forquilha

Sendo sómente interessada a prega cutaneo-mucosa que constitue a forquilha, ou quando muito, com ella, algumas fibras superficiaes do musculo subjacente (transverso superficial), a ferida é pouco profunda e portanto uma simples sutura de catgut n.º 1 bastará para manter os labios unidos.

Alguns cirurgiões, taes como Pinard, Champetier de Ribes, Ribemont-Dessaignes, etc., contentam-se n'estes casos, isto é, nos

casos de lacerações pouco profundas, com fechar a ferida empregando *serres fines*.

Vejamos como se procede à applicação dos pontos de sutura.

O primeiro applica-se indifferentemente ao nivel de qualquer dos angulos da laceração; por exemplo no angulo vaginal. Introduce-se a agulha a tres ou quatro millimetros do bordo da ferida, e faz-se caminhar aavez dos tecidos até sahir do outro lado da ferida por um ponto symetrico do primeiro, deixando fóra da picadura d'entrada alguns centimetros apenas de fio. Reune-se em seguida esta ponta assim deixada ao resto do fio, e proximo da picadura da sahida, por meio de um nó sufficientemente apertado para manter encostados os bordos da ferida, mas não tanto que os dilacere ou córte; mais dois nós apertarão solidamente o ponto. A outra extremidade do fio, inutil agora, corta-se a meio centimetro pouco mais ou menos do ponto d'união á ponta principal.

Continuam-se as suturas, absolutamente identicas á primeira, distantes umas das outras de seis millimetros. Todas as vezes que se retira a agulha dos tecidos, puxa-se mo-

deradamente pelo fio, de maneira que se encontrem perfeitamente os labios da ferida, e confia-se a um ajudante o cuidado de manter este fio tenso, emquanto que se faz o ponto immediato. Assim que se tenham encostado os labios da laceração em toda a sua extensão, isto é, assim que se chegue ao angulo da ferida opposto áquelle por onde se começou, n'este caso ao angulo perineal, nada mais nos resta do que acabar a sutura.

Para o conseguir o melhor meio consiste em conservar o fio duplo no ultimo ponto, e atar á ansa assim formada a extremidade do fio.

II

Perineorrhaphia practicada no caso de laceração incompleta

Temos n'este caso de tratar d'uma ferida cujos retalhos, de superficie triangular, mais ou menos afastados em consequencia da retracção dos musculos, apresentam dois dos lados, o vaginal e o perineal, absolutamente independentes, tendo de commum apenas o

lado correspondente á parte profunda da laceração. Se o tecido muscular fôr interessado mais ou menos, não é indifferente empregar *serres fines*; um só plano de pontos de sutura, tambem não bastará para effectuar uma approximação intima e completa dos labios da laceração; será indispensavel proceder methodicamente, approximando primeiramente os tecidos profundos e depois os superficiaes.

E' o que se obtem por meio d'uma sutura de catgut, disposta em planos differentes, caminhando da profundeza para a superficie; o conjuncto d'estas suturas será consolidado com o auxilio d'um ponto isolado com crina de Florença ou fio de prata, que se applicará ao nivel da forquilha, bastante profundamente para poder circumscrever totalmente a ferida.

O fio de suporte é primeiramente collocado, como sabemos, ao nivel do annel hymenal. N'este ponto faz-se penetrar a agulha a um centimetro ou centimetro e meio do bordo livre da ferida, introduz-se profundamente nos tecidos tendo, todavia, cuidado de não chegar ao recto, e faz-se sahir do outro lado por um ponto symetrico ao primeiro.

Em cada uma das extremidades do fio de prata ou da crina de Florença, que só mais tarde fixaremos definitivamente, colloca-se uma pinça de *forcipressura*, e só no fim da operação é que nos tornaremos a importar d'elle.

Em seguida procedemos á coaptação dos tecidos, tão exacta quanto possível, por meio d'uma sutura continua, de planos sobrepostos.

Como no caso precedente, podemos começar esta sutura por qualquer dos angulos da ferida; comtudo parece mais vantajoso, para dar commodamente os nós, começar pelo angulo posterior. Ao nivel d'este angulo applica-se o primeiro ponto de sutura, semelhante em tudo ao 1.º ponto da serzidura simples, que se applica no caso de laceração limitada á forquilha.

Em vez de cortar, como se disse, uma das pontas do fio de catgut, conservam-se, pouco mais ou menos, 6 a 7 centímetros d'elle, que é o bastante para se poder, no fim da operação, atar á extremidade da ponta principal. Terminado este ponto de sutura continua-se a serzidura; mas como é o plano profundo

de pontos que pretendemos fazer, devemos introduzir a agulha, não pela pelle, mas mesmo pela superficie da ferida, a $\frac{1}{2}$ centimetro, pouco mais ou menos, do fundo da ferida, que é formado pelo angulo diedro dos dois retalhos. A agulha sahirá por um ponto symetrico relativamente ao da entrada. Os pontos continuar-se-hão da mesma maneira e ficarão afastados uns dos outros de 4 a 5 millimetros. Teremos assim praticado o primeiro plano de pontos para a reunião das partes mais profundas dos retalhos.

Se este plano de sutura não tôr sufficiente para approximar nitidamente os tecidos, praticaremos outro plano de pontos antes de fazer a sutura superficial. O modo como se procede para executar o segundo plano de pontos é identico ao primeiro, só com a differença que deve começar-se no angulo vaginal para se terminar no angulo perineal.

Havendo a segurança de estarem bem encostados os tecidos profundos, resta apenas reunir os tegumentos por meio d'uma ultima série de pontos de sutura que, partindo do angulo anterior da ferida, acabará no posterior.

III

Perineorrhaphia praticada no caso de lacerações completas

Como acima, trata-se n'este caso d'uma ferida em que os dois retalhos offerecem uma superficie de secção triangular; comtudo estes dois retalhos, em vez de apresentarem um lado commum, possuem os seus tres lados independentes; o lado vaginal, o lado perineal e o lado ano-rectal. Os retalhos apenas se acham soldados n'um ponto que corresponde ao vertice do angulo formado pela parte mais posterior da laceração do septo recto-vaginal.

No caso de laceração incompleta, o cirurgião não deve ter em vista senão restituir ao perineo a maior parte da sua resistencia e da sua flexibilidade; no caso actual ha a mais o seguinte: é necessario restabelecer as funcções do anus e principalmente as do sphincter.

A mulher deve estar na posição necessaria para a talha, e a bexiga, bem como o re-

cto, deve estar vasia. Póde administrar-se á mulher, um pouco antes da operação, uma certa dóse de opio.

A antiseptia deve ser rigorosamente feita na região, e muito principalmente no anus e no recto.

Veamos como se faz a sutura.

a) Collocam-se os fios de suporte sem os apertar, a não ser com uma pinça de *forcipressura* em cada uma das extremidades.

Estes fios (crina de Florença ou fios de prata) devem ser 3 pelo menos.

O primeiro, que se applica ao nivel da forquilha, tem por fim principalmente actuar contrariamente á força de contracção das fibras do musculo levantador do anus depois de cortadas.

O segundo será applicado profundamente ao nivel da parte média do perineo.

O terceiro, finalmente, ficará situado um pouco adiante do orificio anal e atravessará os dois segmentos do phineter do anus com o fim de os manter em contacto.

b) Em seguida procede-se á parte mais delicada da operação.

Consiste ella em obter, por meio d'uma

serzidura feita com catgut, cujos pontos ficam muito proximos uns dos outros, dispostos em tantos planos quantos forem necessarios á coaptação, tão exacta quanto possivel, das paredes dilaceradas do septo recto vaginal, do recto, do anus e, sobretudo, do sphincter em toda a sua espessura.

c) Graças a esta sutura a laceração, de completa que era, fica transformada em laceração incompleta.

Tratar-se-ha, portanto, como fica dito acima: aproximação intima dos tecidos profundos por meio d'uma sutura continua d'alguns planos sobrepostos, e emfim reunião vaginal superficial, seguida d'outra sutura perineal feita em varios planos tambem.

d) Termina-se a operação com a atadura dos fios.

A doente, depois da operação, deve manter-se, durante os oito primeiros dias n'um estado de constipação, tão completa quanto possivel lôr.

Passados estes oito dias administra-se um purgante, bastante energico, para amollecere os contentos intestinaes, evitando-se assim a passagem d'um boló fecal muito volumoso que

iria prejudicar o bom exito da operação. A extracção das urinas deve ser feita de 8 em 8 horas, para evitar a conspurcação dos pensos.

Durante duas a tres semanas a operada deve conservar-se, em repouso absoluto, no leito. O penso, bem como todos os outros cuidados geraes, serão os que descreveremos em seguida e que tem applicação qualquer que seja a especie de laceração.

CUIDADOS CONSECUTIVOS

Terminada a operação, approximam-se os dois labios da ferida, de fórma que a coaptação seja tão completa quanto possivel.

Em seguida procede-se á lavagem da ferida e das partes circumvisinhas com uma solução de sublimado a $\frac{1}{2000}$ ou de bi-iodeto de mercurio a $\frac{1}{4000}$ (Pinard), depois d'isto tira-se o tampão vaginal.

As partes saturadas são aspergidas com o licor de Van-Swieten puro, polvilhadas com iodoformio e cobertas de gaze iodoformada. Sempre que os labios da ferida estejam perfeitamente encostados um ao outro não se

deve empregar a gaze, porque poderia ir retardar a consolidação da laceração.

Cobre-se depois tudo com uma almofada espessa e larga d'algodão hydrophilo esterilizado, ou d'algodão salycilado, que se mantém applicada sobre o perineo, coberta com uma compressa fina, e sustentada por uma faixa.

A operada deve ser deitada de novo no leito com todas as precauções possiveis. Para evitar que se possa exercer tracções sobre os labios da ferida que se acaba de suturar, em consequencia de quaesquer movimentos intepstivos, mantem-se-lhe as côxas approximadas uma da outra por meio de uma ligadura collocada acima dos joelhos. E' inutil dizer que se a doente tiver difficuldade na micção, deve ser sondada de duas a tres vezes por dia.

O penso deve ser feito de manhã e á noite e além d'isto sempre que a doente defecar; é o que se tem a fazer emquanto a cura não fôr completa.

Todas as vezes que se faz o curativo é util inspeccionar minuciosamente a ferida, afim de nos assegurarmos de que ella possui bom aspecto, que não ha engorgitamento ;

além d'isso interrogaremos a doente se experimenta ou não alguma dôr.

O thermometro applicado de manhã e á noite na axilla, será, por outro lado, a indicação mais segura da marcha dos acontecimentos; sempre que a temperatura não ultrapasse 37°, 5 podemos tranquillisar-nos; logo que esta attinja, ou passe além de 38°, podemos reear complicações e então teremos de velar pelo perineo.

Nos casos de lacerações leves a doente deve guardar o leito durante 10 dias; nos casos de lacerações importantes, 2 a 3 semanas.

Os fios de catgut são em geral absorvidos ao 8.º ou 9.º dia.

Ao fim d'este tempo a consolidação dos labios da ferida é ordinariamente sufficiente e pode-se então seccionar e retirar a crina collocada na forquilha.

Quando se trata d'uma laceração completa é conveniente esperar mais alguns dias.

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA.—A anatomia explica a resistencia da blennorrhagia aos meios de tratamento.

PHYSIOLOGIA.—A altitude exerce influencia sobre a epocha da puberdade.

PATHOLOGIA GERAL.—A funcção urinaria é uma das que mais deve chamar a attenção do clinico nas doenças infectuosas.

ANATOMIA PATHOLOGICA.—Para o diagnostico de uma dada especie bacteriana a noção tirada de sua morphologia não é sufficiente.

MATERIA MEDICA.—A via rectal deve ser preferida na applicação de muitos medicamentos.

PATHOLOGIA INTERNA.—No tratamento das pharinites agudas prefiro o ichtyol.

PATHOLOGIA EXTERNA.—No tratamento da cystite blennorrhagica chronica prefiro as lavagens com a solução de nitrato de prata precedidas das de agua borica.

OPERAÇÕES.—Nas amputações dos membros não ha lugar d'eleição.

PARTOS.—Toda a mulher logo que grávida deve ficar sob a inspecção medica.

HYGIENE.—Na inspecção sanitaria ás meretrizes, o exame não deve limitar-se aos órgãos genitales.

APPROVADA

O Presidente

D. Lebre.

PÔDE IMPRIMIR-SE

O Director

W. de Lima.