

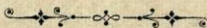
N.º 6.
Luiz da Cruz Ferreira

CURA RADICAL
DAS
HERNIAS INGUINAE

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

Typographia de A. F. Vasconcellos, Succ.

RUA DE SÁ NORONHA, 51 E 59

—
1900

9716 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

ANTONIO D'OLIVEIRA MONTEIRO

LENTE-SECRETARIO INTERINO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

Corpo Cathedratico

Lentes Cathedratcos

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 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 | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria. | Vaga. |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 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 | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica. | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Vaga. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica. | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| Pharmacia | Nuno Freire Dias Salgueiro. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|--|
| Secção medica | } José d'Andrade Gramaxo.
Dr. José Carlos Lopes. |
| Secção cirurgica | |
| | } Pedro Augusto Dias.
Dr. Agostinho Antonio do Souto. |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|---|
| Secção medica | } João Lopes da S. Martins Junior.
Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| Secção cirurgica | |
| | } Clemente J. dos Santos Pinto.
Carlos A. de Lima. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica | Luiz de Freitas Viegas. |
|----------------------------|-------------------------|

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

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



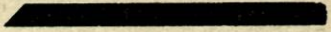
A' MEMORIA

DE

MEU PAE

E DE

MEU IRMÃO GERALDINO



A' MINHA MÃE



A' MINHA TIA

AO MEU TIO E BOM AMIGO

Joaquim Antonio da Silva Ferreira

Gratidão de filho, porque foi meu
segundo Pai.

AO MEU IRMÃO

A' MINHA CUNHADA

Aos meus condiscipulos

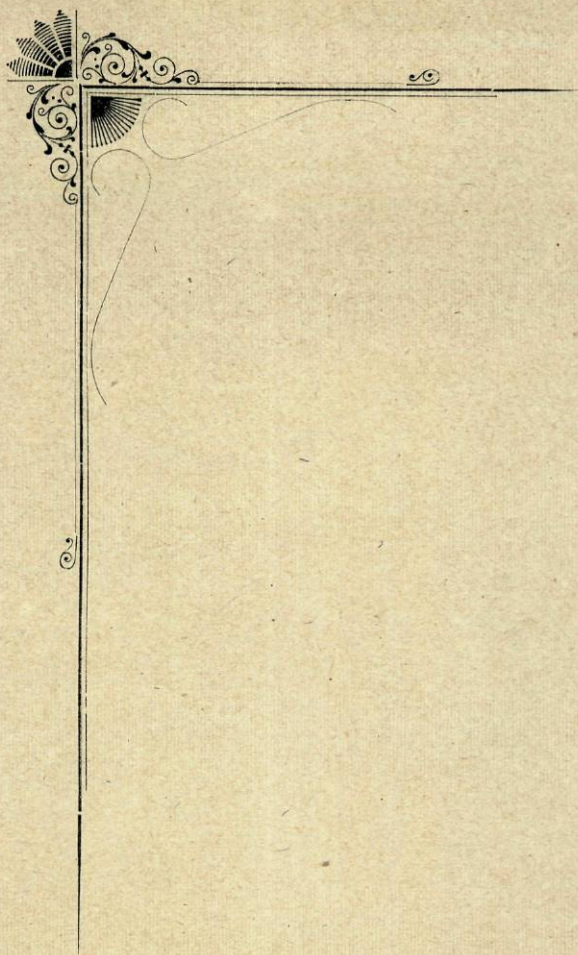
Aos meus amigos

Aos Amigos intimos

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

o Ex.^{mo} Sur.

Dr. Ilidio Ayres Pereira do Valle



INTRODUÇÃO

Apezar de serem muitos os processos indicados para a cura radical das hernias inguinaes, nenhum preenche completamente as indicações, que se acham muito bem satisfeitas no classico methodo de Lucas Championnière.

Este, com pequenas modificações para os casos particulares, até hoje é um methodo logico, racional, fundamental e geralmente seguido.

Dizemos logico, racional e fundamental, porque os principios por elle estabelecidos são os que tem servido de base para os differentes processos e technicas, que indiscutivelmente simplificaram o seu methodo, com algumas vantagens.

Não é raro vêr-se: methodo de Bassini, processo de Duplay-Cazin. Achamos que me-

nos devidamente assim se pôde exprimir, pois que as modificações estabelecidas por estes auctores não são basicas, para constituirem outros methodos; e por conseguinte não podem ser classificados senão como derivados do methodo de Championnière.

Processo de Bassini, technica de Duplay-Cazin, assim denominaremos, porque o primeiro, com a sua operação complementar de reconstituição da parede posterior do canal inguinal, como que vem auxiliar no resultado da operação, ajuntando mais uma condição abonadora da cura da hernia; a segunda não é mais do que um detalhe de technica, porque se trata simplesmente de uma substituição de fios perdidos por fios metallicos fixos no exterior.

A descripção do methodo classico de Championnière, que constituirá a materia do primeiro capitulo, será feita com pequenas considerações e modificações, que a experiencia tem mostrado vantajosas.

O processo de Bassini, a technica de Duplay-Cazin e a de Jonnesco serão apresentados em outros capitulos, para guardar ordem no nosso trabalho.

CAPITULO I

Methodo de Championnière

Trez são as circumstancias imprescindíveis para a realisação do methodo de Championnière: 1.º, destruir a serosa que favorece o deslislamento das visceras; 2.º, destacar e resecar as partes do conteúdo herniario, dispensaveis ás funcções geraes do organismo; 3.º, oppôr uma cicatriz resistente no lugar do orificio da parede abdominal, por onde as visceras sahem.

Para fazer uma descripção mais regular e methodica, dividiremos a operação em trez tempos: 1.º, incisão das differentes camadas, até a descoberta do sacco; 2.º, abertura do sacco, destruição das adherencias e resecção das partes do conteúdo dispensaveis ás funcções do individuo; 3.º resecção do sacco e execução das diversas suturas, profunda e superficial.

Incisão das differentes camadas, até a descoberta do sacco

Muitas e variadas teem sido as incisões aconselhadas para a operação da cura radical. A primeira incisão aconselhada e seguida pela maior parte dos cirurgiões, até não ha muito tempo, era a que, a partir do orificio inferior do canal inguinal, seguindo o maior diametro do tumor, ia terminar quasi na extremidade inferior d'este eixo.

Esta incisão, ainda admittida na primeira edição de Lucas Championnière, não tardou a ser desconsiderada e condemnada por este auctor, pouco depois da publicação do seu tratado do anno de 1887.

Na sua obra de 1892, com argumentos irrefutaveis tirados da sua propria experiencia e observação, demonstra cabalmente quão prejudicial é este primeiro traçado de incisão.

Vendo os inconvenientes que resultavam, as vantagens nullas que d'ella se obtinha, e as difficuldades sérias, que muitas vezes só eram resolvidas e superadas pelo prolongamento da incisão para cima, determinou fazel-a ganhar

para a parte superior o que tinha de redundante e inutil para a parte inferior.

O illustre cirurgião propõe substituir aquella primeira incisão por outra, que, tendo a primitiva direcção, differe quanto á séde; incisão obliqua, que parte d'um ponto acima do orificio inferior, e não vae além do terço superior do tumor.

A incisão do processo de Bassini, incisão no sentido da arcada crural, coincidindo com a direcção do canal inguinal, e sendo tão longa como elle, é, a nosso vêr, a mais conveniente:

1.º Porque nos facilita consideravelmente a destruição de todas as adherencias externas que possa ter o sacco ao nivel do annel, como tambem a sua disseccção e preparação até o interior da cavidade abdominal;

2.º Porque nos permite um rigoroso exame do conteúdo herniario, e justa avaliação do seu estado até um ponto bem alto;

3.º Porque nos ajuda a verificar as alterações produzidas pela hernia no canal inguinal, e ajuizar do processo operatorio a seguir.

Parecendo-nos ter dito o bastante sobre a questão da incisão, vamos tratar dos meios a

empregar para conseguir guardar bem as relações das differentes camadas, que, agora incisas, deverão ser depois reunidas.

Incisa a pelle e o tecido gorduroso, encontra-se uma superficie nacarada, que é a aponevrose do grande obliquo, formando a parede anterior do canal inguinal.

Antes de se cortar esta parede, ter-se-ha o cuidado de examinar e desviar o que possa estar por baixo d'ella; depois do que a fixamos por meio de duas pinças de ramos longos e dentados, introduzidas pelo orificio inferior do canal inguinal, e guardando certa distancia.

Isto feito, corta-se por entre os ramos das duas pinças fixas, de maneira que cada uma d'ellas nos guarde um bordo da parede anterior, que em tempo opportuno terá de ser suturada; e apreciaremos, em seguida, o sacco que procuravamos.

Abertura do sacco, destruição das adherencias, e resecção das partes do conteúdo dispensaveis ás funcções do organismo.

Para abrir o sacco, devemos-nos munir de certas cautelas indispensaveis para o proveito completo da operação que se pratica.

Em primeiro logar, um órgão, que merece grande somma de cuidados, é o cordão com seus annexos, o qual devemos evitar lesar.

Pesquisa-se, por conseguinte, se o cordão está adherente ao sacco, e procede-se de maneira a evital-o, desviando d'elle a incisão.

Este exame é importante, porque se estiver adherente, a nossa attenção deverá ser redobrada no sentido de evitar o seu ferimento.

Outro facto, que deve sempre preoccupar o operador, é a possível adherencia do sacco ás visceras herniadas, para evitar que por descuido, essas visceras sejam lesadas, logo no acto da abertura do sacco.

Tendo tido estes cuidados imprescindiveis, faz-se a incisão, procedendo de modo identico ao que aconselhamos para com a parede anterior do canal inguinal.

Assim, devem ser apprehendidos os labios

da incisão em pinças appropriadas, acto que deverá ser executado com o maior apuro, para evitar o pinçamento conjuncto de alguma porção de visceras herniadas.

Aberta a parede do sacco, examina-se a natureza dos órgãos herniados, seu estado de vitalidade, as adherencias que estes podem ter entre si e com a face interna d'esse sacco.

Os órgãos, que communmente se encontram herniados, são: o epiploon e os intestinos delgado e grosso. Mais raras vezes, o ovario e a bexiga. Por outro lado, tambem se tem encontrado no conteúdo herniario o testiculo, nos casos de ectopia d'este órgão.

Sendo o epiploon e o intestino os que se encontram maior numero de vezes, a nossa attenção dirigir-se-ha mais para elles.

Por conseguinte, o conteúdo diverso das hernias póde ser: ou constituido sómente de epiploon, epiplocéle; ou d'este órgão acompanhado por outras visceras, entre as quaes a mais geralmente encontrada é o intestino delgado, constituindo a variedade entero-epiplocéle.

Póde-se encontrar tambem, conjunctamente com o epiploon, o ovario, depondo a

presença d'este órgão a favor d'uma hernia inguinal congenita, como adiante veremos. O encontro, porém, d'este órgão, como também o da bexiga, é muito raro.

Quando se acha o epiploon, seja só ou acompanhado de outras visceras, o nosso primeiro cuidado será vêr se está livre ou adherente.

No caso de achal-o livre, outra coisa não teremos a fazer do que resecal-o na maior quantidade possível, embora para isso seja preciso fazer algumas tracções, como adiante veremos, quando tratarmos da sua resecção.

Quando ha visceras adherentes, temos que destruir todas as connexões.

As adherencias que podem ter as visceras e o epiploon são de duas ordens: adherencias com a face interna do sacco, ou adherencias entre si.

Quer estas adherencias sejam da primeira, quer da segunda ordem, devem ser cuidadosamente destruidas, redobrando-se, principalmente, de delicadeza, quando se tratar d'estas ultimas.

Quando as adherencias são com o sacco,

a importancia do caso varia, conforme o ponto em que ellas existem.

Se isto succede com o fundo d'esse sacco, o caso facilita-se muito, porque, tendo este de ser resecado, não é preciso fazer uma dissecção melindrosa; e mais vale logo cortar-o, deixando adherentes ás visceras as suas porções que assim estiverem.

Se, pelo contrario, a adherencia estiver situada ao nivel do collo, sérias serão as difficuldades, muitas vezes, para salvaguarda absoluta da integridade dos dois órgãos: visceras herniadas e collo do sacco, que ambos devem ser, por egual, respeitados.

Ainda quando se tratar unicamente do epiploon, o caso poderá ser mais simples, porque ou a adherencia, sendo fraca, cede ás tracções moderadas, á dissecção facil, ou, se fôr forte, a porção mais ligada póde ser cortada do resto da massa, que aliás vae ser toda resecada, e deixada unida a esse collo.

Quando, porém, se tratar de uma viscera, se o processo adhesivo fôr antigo e affirmado nas proximidades do collo do sacco, a situação complica-se, porque a separação relativa é difficil, não sendo raro que todas as tenta-

tivas dirigidas n'esse sentido fiquem infructíferas, depois de terem creado grandes perigos.

N'estes casos, não se poderá contar muito com a cura radical, nem muito prometter ao doente.

Nos casos, raros, em que na mulher é o ovario que se encontra herniado, temos, assim como já dissemos, a expressão de uma hernia congenita.

Quando o ovario estiver em bom estado, deve ser conservado; quando estiver degenerado, deve ser extirpado.

A presença do testiculo no conteúdo herniario é sempre expressão, tambem, d'um vicio conformativo congenito.

Este grupo de hernias congenitas é mais numeroso do que geralmente se suppõe; a maior parte das hernias são tidas por adquiridas, não o sendo realmente.

Com o testiculo, nos casos em que elle faz parte do conteúdo herniario, deve proceder-se de modo identico ao aconselhado relativamente ao ovario.

O grosso intestino muito raras vezes se encontra herniado: e, quando se encontra,

quasi nunca está só, mas geralmente acompanhado de epiploon ou intestino delgado.

As differentes partes do intestino grosso não podem herniar-se com igual probabilidade.

Assim, é logico que se herniem mais facilmente as partes mais moveis e que estão situadas nas fossas iliacas internas. Estas partes são, á direita o cœcum e o appendice vermicular, á esquerda, o S iliaco.

Quando encontrarmos o cœcum herniado, procederemos como se fosse intestino delgado; isto é, destruiremos todas as adherencias, havendo-as, e reduzil-o-hemos.

Quando fôr só o appendice vermicular, deve ser invariavelmente resecado por o julgarmos um órgão perigoso e inutil, ainda mais porque, quando herniado, na maioria dos casos, é extremamente alongado, circumstancia que mais predispõe aos accidentes da appendicite.

A frequencia do S iliaco é menor, pois que estando logo em continuação com o recto, muito mais fixo que o cœcum, é menos movel, menos facil de herniar-se.

A hernia da bexiga é muito rara, tanto

assim, que poucos são os casos registrados na sciencia, e na longa série das duzentas e setenta e cinco operações que Championnière praticou, achou, apenas, dois casos.

Na hernia da bexiga, tres casos podem apresentar-se: a bexiga, só, constituir a hernia; a bexiga herniar-se conjunctamente, não occupando o sacco commun ás outras visceras; finalmente, a bexiga estar contida no sacco com outros órgãos.

Um caso muito digno de nota é o primeiro, o qual póde, nas rarissimas vezes que se encontra, embaraçar o operador que não estiver bem de sobreaviso, pela possibilidade da incisão da bexiga, confundida com a existencia de um sacco herniario.

Para o diagnostico d'esta variedade de hernia, diagnostico difficil ainda, mesmo quando a cavidade abdominal está aberta, Championnière dá a maior importancia á presença de uma pelota gordurosa, que primeiro se apresenta ao cirurgião.

Este tecido gorduroso, porém, póde existir sem hernia da bexiga.

No segundo caso referido, deve-se attender ás adherencias da bexiga com o sacco que

lhe está ao lado, e proceder com maxima cautela, para evitar lesão do órgão.

No terceiro, salvo ainda alguma adherencia que tenha de ser destruida, a operação não differe dos casos geraes.

Como atraz dissemos, quando se encontrar epiploon, deve-se resecar-lhe a maior quantidade possivel.

O primeiro cuidado a haver, é desfazer as adherencias que, como já dissemos, possam existir ao nivel do sacco.

Depois d'isto, devem ser feitas tracções moderadas, com o intuito de retirar maior quantidade de epiploon, que aquella que o sacco conteve, e assim preparar a massa que deve ser ressecada.

Ao nivel da parte mais profunda do epiploon, que se póde attingir, dispõe-se o pediculo por meio de uma série de pontos em cadeia, e faz-se a resecção do excedente.

O numero dos fios varia com a quantidade de epiploon a resecar e com a grossura do pediculo. No geral um só par, 2 fios encruzados, é sufficiente; ás vezes são necessarios 2 pares, 4 fios encruzados; outras vezes serão utilizados 3, 4, 5 e mais.

Os fios são entrelaçados 2 a 2, de maneira a formar (quando fôr preciso 3, 4 pares) uma cadeia continua, constituida por élos constrictores casados.

Os fios serão de cat-gut ou seda, conforme a predilecção do cirurgião; o grande caso é que sejam asepticos.

Quanto á quantidade de epiploon que se póde tirar sem prejuizo do funcionamento do intestino, esta não se póde determinar precisamente; no geral, porém, toda a porção existente na hernia póde ser resecada sem inconvenientes.

Ainda mais, porque o epiploon, que está contido nas hernias, quasi nunca é epiploon normal, senão muito gorduroso e augmentado de volume.

Depois de bem tratado o conteúdo do sacco, devemos fazer o completo isolamento d'este até um ponto alto.

Para conseguil-o, temos de defrontar-nos com difficuldades, que deverão ser vencidas á custa de paciencia, calma e tempo.

O sacco póde contrahir adherencias mais ou menos intimas, com os elementos do cordão, com os tecidos parietaes do

canal inguinal, e, enfim, como anel superior.

Estas não são, porém, as únicas que costumam ter, porquanto podem existir internamente, também, creando os maiores embaraços ao cirurgião, se, além de formadas com o epiploon, abrangerem igualmente alguma porção das visceras herniadas.

Como devemos proceder n'estes casos?

Uma das situações mais melindrosas é a da adherencia com os elementos do cordão.

N'este caso, o isolamento deve ser feito da parte superior para a inferior, como meio seguro de certificação de que todas as partes constitutivas do cordão estão comprehendidas na dissecação e pela maior facilidade das manobras.

Proceder-se-ha com a maxima cautela, usando para essa dissecação de thesoura de extremidades rombas; isto sómente quando as traveculas não poderem ser destruidas pelos dedos, senão á custa de tracções violentas, que muito contundiriam o cordão.

As adherencias com as paredes do canal não teem, quasi, importancia, pois que podem sempre ser sacrificadas em favor d'elle.

As adherencias, que tiverem por séde o collo do sacco, serão destruidas do melhor modo possível: assim, por meio de uma delicada tracção, quando forem fracas; tracção mais forte, disseccção cuidadosa, quando mais energicas.

Nos casos em que esta deliberação fôr impossivel, a solução unica será a adopção da technica de Jonnesco; isto é, occlusão da cavidade serosa, juntamente com a parede abdominal, por meio dos mesmos pontos de sutura.

Além d'estas adherencias, outras de ordem ainda superior, quanto a embaraços, podem perturbar a boa sequencia da operação, e reduzir mais as probabilidades do seu resultado. Referimo-nos ás adherencias internas, que o conteúdo póde ter com as diversas partes do sacco.

As adherencias epiploicas são sem importancia, porque tendo o epiploon de ser ressecado, o sacco será sempre poupado, embora para isso seja preciso deixar na sua face interna particulas epiploicas.

Assim, porém, não acontece com as visceras, que, uma vez encimadas fortemente

á parede do sacco, tornam a sua separação importuna e perigosa.

Se a adherencia é parcial e no fundo do sacco, esta parte é resecada e deixada presa ás visceras, e qualquer processo operatorio, que fôr preferivel para o caso, dará resultado; se, porém, fôr ao nivel do collo e abranger grande superficie, então nenhum meio poderá garantir o completo resultado da operação.

**Pediculisação, ligadura e extirpação do sacco;
suturas profunda e superficial**

A pediculisação do sacco é obtida mediante tracções, que permitam alcançar um ponto elevado da serosa, na sua porção intra-abdominal.

Reconhecido que este ponto alto foi alcançado, verificado que nenhuma porção visceral se colloca de permeio, uma pinça ali fixada consegue esse objectivo.

Tendo-se conseguido a juxtaposição das paredes do collo d'esse sacco, e, por conseguinte, evitado qualquer infundibulo, deve-se proceder á ligadura, que será a cat-gut com fios entrelaçados dois a dois.

Para assim fazer, depois de se ter examinado que nenhum órgão esteja interposto ás paredes do pediculo, atravessa-se uma agulha de Reverdin por cima da pinça que mantém a juxtaposição das paredes do pediculo tantas vezes, quantas as necessarias para a boa união do collo e suppressão do mais imperceptivel infundibulo.

A maneira de fazer a ligadura de cadeia é a seguinte: atravessa-se acima da pinça uma agulha de Reverdin, que traz a alça formada por um fio longo, corta-se então a alça, cruzam-se os fios e ata-se o primeiro élo; atravessa-se de novo a agulha para ir buscar a extremidade que deve formar o segundo élo, que, entrelaçado com o primeiro, constitue um par. D'esta maneira se repete varias vezes, se o collo fôr bastante largo. Reduzir-se-ha, porém, a um par, se o collo fôr estreito.

Feita a ligadura, deve-se proceder á excisão do sacco, que será feita um centimetro abaixo.

Observa-se, então, a retirada rapida do coto para o interior da cavidade abdominal, sem que seja preciso fazer-se manobras de redução especial.

As coisas passar-se-hão assim, quando houverem sido bem destruídas todas as adherencias e formado o pediculo n'um ponto bastante alto da serosa abdominal.

Póde-se, então, suturar a parede anterior do canal, acto que será feito com a maior delicadeza possível, para evitar o aprisionamento dos elementos do cordão.

O fio de cat-gut, muito preconisado para a sutura profunda pelo auctor do methodo que descrevemos, é, segundo o nosso vêr, um fio, que não preenche os fins a que é destinado. Tem o inconveniente de ser um fio, que, absorvido muito depressa, não dá tempo a que a união desejada se constitua.

A cicatrização dos pilares não se faz tão depressa, como a da serosa.

Se esta leva para a reunião, poucos dias, a d'aquelles nunca leva menos de uma semana.

Por vezes, sendo o cat-gut absorvido antes d'isso, não podemos contar muito com a reunião dos pilares, e, por conseguinte, com a terceira e mais importante das condições de resistencia do seu methodo.

Então que fio se empregará?

O fio de prata com fixação no exterior,

como aconselha a technica de Duplay-Cazin; ou o de seda, quer fixo no exterior segundo esta technica, quer abandonado na profundidade.

Resolvido este preliminar, a sutura do canal é feita com pontos em fórmula de U, de maneira a conseguir que um dos labios fique sobreposto ao outro.

Para se obter este resultado, isto é, cavalgar um labio por cima do outro, dispõem-se os fios de maneira que as pernas do U atravessem de fóra para dentro o labio interno da parede anterior, a uma certa distancia do bordo livre d'este; atravessando de dentro para fóra o labio externo, guardando a mesma distancia do bordo livre, e fazendo-se um nó com as extremidades, tem-se formado o primeiro ponto em U.

O numero dos pontos em U, empregados para esta sutura, varia; em geral, trez são sufficientes.

Além dos labios, deverá ser comprehendido o tecido cellular, que fica por baixo d'elles, de modo a formar um cordão, que, quanto mais duro e resistente, mais garantia de solidez offerecerá a parede.

Os fios, que prendem estes tecidos, não devem ser muito apertados, porque uma constricção demasiada será prejudicial pela secção, que inevitavelmente se dará, occasionando então o afastamento dos pilares, que traz, como consequencia, a probabilidade de recahida da hernia.

Approximadas e atadas convenientemente as extremidades, o labio externo irá collocar-se debaixo do interno, resultando, por conseguinte, diminuição da largura da parede anterior.

Tendo-se concluido esta sutura, executa-se em seguida a superficial, empregando para ella fios de crina de Florença, que é o fio aconselhado pelo auctor d'este methodo.

Conclue Championnière a sua operação recommendando muito a drenagem, chegando mesmo a ser systematico, a ponto de nunca prescindir d'ella.

Não a condemnamos inteiramente; julgamos, porém, que o seu emprego deve ser muito restricto.

Este systema de operar de Championnière ainda encontra na pratica, como adiante veremos, casos de uma devida e inteira applicação.

CAPITULO II

Processo de Bassini

Em 1889 Bassini apresentou ao mundo scientifico um novo processo para a cura radical da hernia inguinal, o qual teve bom acolhimento por parte dos mestres da cirurgia.

Vamos fazer a sua descripção, apresentar-lhe as vantagens e dar as suas indicações.

A operação de Bassini é distincta em quatro tempos:

No primeiro tempo, depois do doente anesthesiado e tendo-se feito rigorosa antiseptia, faz-se a incisão, que, como atraz já dissemos, corresponde, em comprimento e direcção, á do canal inguinal; córta-se a pelle, o tecido gorduroso, e encontra-se a apone-

vrose do grande obliquo; descobre-se o orificio inferior, e termina esta parte ou primeiro tempo.

No segundo tempo, cõrta-se a aponevrose do grande obliquo, começando do anel inguinal inferior até ao superior, destacam-se e prendem-se os dois labios da aponevrose, e isolam-se os elementos do cordão, até um ponto bastante alto.

O isolamento será feito facilmente com instrumentos rombos, quer se trate de hernias adquiridas ou congenitas. A destruição das adherencias do sacco deve ser feita até á fossa iliaca interna.

Isola-se depois, o sacco, abre-se este pelo fundo, e examina-se se as visceras contidas estão livres ou adherentes, e se existe epiploon.

No caso de se realisarem estas provaveis hypotheses, destróem-se as adherencias e resecça-se a maior quantidade possivel de epiploon.

Em seguida, faz-se a ligadura do sacco, tendo o prévio cuidado de effectuar torsões para supprimir adherencias, que não possam ser attingidas ou vistas.

Contam-se então a meio centimetro da ligadura, e tem-se extirpado o sacco. O coto seroso sóbe para a fossa iliaca, e termina o segundo tempo da operação.

Terceiro tempo. Toma-se o cordão espermatico, desalojando-o da gotteira formada pela parede posterior do canal, e descia-se para o lado interno e superior, de maneira a collocar-o sobre a parede abdominal, isto de modo cuidadoso para não o traumatizar.

Deve-se evitar tracções, que sejam menos brandas, contusões, e toda a causa de irritação que possa inflamar-o.

Collocado n'esta posição, posta a descoberto a gotteira, reconhecido o bordo externo do musculo grande recto do abdomen e a triplice camada formada pelo pequeno obliquo, transverso, e fascia transversal, reunimos esta camada por uma sutura ao labio posterior da arcada de Poupart.

A sutura que ha a fazer, começará do ponto mais inferior do bordo anterior do osso iliaco até a um ponto que fica um centimetro abaixo da espinha iliaca antero-superior.

Antes de tratar-se do modo pelo qual

deve ser feita a sutura, importa saber qual a natureza do fio a empregar.

Deve-se empregar para esta sutura o fio de cat-gut? Certamente, não. O fio de cat-gut, o mais reabsorvível dos fios, não será indicado para esta sutura da reconstrução da parede posterior, que gastará, no mínimo, dez dias para cicatrizar.

Bassini resolve estas difficuldades, e elucida a questão com os esplendidos exitos obtidos com o seu processo, no qual, tanto para a sutura da parede posterior, como para a da anterior, emprega fios de sêda asepticos.

Este fio leva, com effeito, consideravel superioridade sobre o de cat-gut. A sêda não apresenta os inconvenientes d'este ultimo e póde quasi sempre ficar indefinidamente nos tecidos sem os alterar, nem perder as suas qualidades. Somos de parecer que este constitue, quando completamente aseptico, um excellente fio de ligadura; apesar d'isso, porém, não deixamos de acreditar nos accidentes tardios, que, não podendo ser devidos á falta de antisepsia, outro factor deve ser invocado para explicar consequencias d'esta ordem.

O facto que se tem verificado algumas vezes é o seguinte: que um ou mais mezes depois de operações que correram sem o menor incidente, com cicatrização por primeira intenção, são eliminados para o exterior pontos de sêda perdidos, que se julgava que já tivessem sido enkistados.

Estes factos, porém, são raros e não podemos argumentar com factos isolados. Admittimos, pois, o fio de sêda como meio de união magnifico, e o adoptaremos todas as vezes que tivermos de executar, á lettra, o processo de Bassini.

Tendo aberto este parenthesis para apreciar a utilissima modificação, que o processo de Bassini veio trazer ás suturas pelos fios perdidos, continuamos a descripção do terceiro tempo da operação, feita por este processo.

Depois de bem destacadas as differentes partes a reunir, procede-se á sutura, que, como já vimos, comprehende toda a altura do canal, a começar da espinha do pubis, até um centimetro abaixo da espinha iliaca antero-superior.

E' preciso que se consiga passar a agulha

a uns dois centímetros do bordo livre da triplíce camada, para evitar a dilaceração d'esta.

Os dois ou trez primeiros pontos da sutura, se se começou da parte inferior para a superior, comprehenderão o bordo externo do grande recto do abdomen. A sutura aconselhada e classica do processo de Bassini é a sutura em chuleio, tanto para a parede posterior, como para a anterior. Terminada a sutura da parede posterior, começa o quarto tempo da operação.

Para executal-o, collocados outra vez os elementos do cordão sobre a parede posterior reconstituída, sutura-se a anterior com juxtaposição dos bordos.

A sutura d'esta parede será feita de maneira que a face interna esteja em contacto com os elementos do cordão, deixando apenas, na parte mais inferior e ao nível da espinha iliaca antero-superior, orificios sufficientes para a sahida e entrada d'este órgão no canal inguinal. Faz-se depois a sutura da pelle com pontos separados, e ali termina o quarto e ultimo tempo da operação.

Vamos fazer sobresahir as vantagens que offerece este importante processo.

1. A principiar pela incisão, esta, que hoje é a systematicamente adoptada por quasi todos os operadores, facilita-nos consideravelmente o proceder, com toda a minucia, á destruição de todas as adherencias que póde ter o collo do sacco com as paredes do canal, e levar a ligadura bastante acima, para supprimir o infundibulo peritoneal.

2. A parede posterior sendo refeita da maneira que descrevemos, transformando tudo o que era frouxo em tecido fibroso cicatricial, cria a tonicidade precisa para esta parede receber os continuos choques das visceras, sem se desmantelar, e dar porisso occasião á reproducção da hernia.

A solidez da parede posterior será effectiva e constante, porque os tecidos que tomamos para formal-a, aponevroses, musculos, etc., não se reabsorverão, e darão, pela sua presença, a rigidez de que carece esta parede.

3. O orificio superior é estreitado, como vimos, pela nossa sutura.

4. A parede anterior fica perfeitamente constituida em toda a sua extensão.

5. A restauração das paredes posterior e anterior, conseguindo dar a sua obliquidade

normal ao canal, que é alterado pela hiernia a ponto de tornar-se rectilíneo pela approssimação dos orificios superior e inferior, constitue uma clausula importante, que, obtida, remove qualquer probabilidade de recahida.

6. O cordão é collocado entre as paredes, e ali fica livre de qualquer compressão, que possa prejudicar a sua integridade e funcionamento.

7. Não se correspondendo as suturas das duas paredes, poisque a da posterior é collocada mais abaixo, as pressões exercidas de dentro para fóra são supportadas pelas paredes, que mutuamente se prestam apoio.

8. Conseguindo-se a obturação completa do trajecto herniario, as visceras não encontram caminho para se herniarem.

Estabelecendo um parallelo entre a segurança e garantias d'este processo com as que offerece o methodo de Championnière, vê-se o quanto este tem de superior para certos casos, em que a sua indicação é formal.

Certamente que aquelle não poderá satisfazer nos casos de hernias volumosas, nas quaes ha approssimação dos orificios, desap-

parecimento das paredes do canal, e onde tudo é confusão e anormalidade.

Cada um tem, pois, a sua indicação.

A indicação do processo de Bassini resume-se no seguinte: *todas as vezes que encontrarmos, qualquer que seja a especie de hernia, a parede posterior desmantelada, teremos inevitavelmente de empregar-o.*

CAPITULO III

Technica de Duplay-Cazin

A technica d'estes auctores tem em vista dispensar os fios perdidos, que são muitas vezes a causa de accidentes precoces ou tardios, os quaes vem perturbar a marcha natural das operações, e, muitas vezes, o seu resultado final.

Estes auctores, vendo os inconvenientes que ás vezes decorrem do emprego do fio de cat-gut nas operações de hernias, e mesmo do emprego dos de sêda, tiveram a feliz ideia de dispensal-os, mediante o amarramento do proprio sacco para sua occlusão e a sutura da parede abdominal, por meio de fios metallicos fixados no exterior.

Conforme Duplay-Cazin, os primeiros tempos da operação da cura radical das hernias passam-se de modo identico aos do methodo classico, começando a modificação no momento em que se fecha o sacco e a parede abdominal.

Assim, quanto ao sacco, em lugar de aconselharem a sua occlusão por meio de fios de cat-gut, preferem amarral-o com o seu proprio tecido, seja em um só nó enrolado sobre o seu pediculo, seja em nós multiplos, obtidos pelo enlaçamento de diversas tiras, em que se tenha dividido.

No primeiro caso, repuxado o sacco, bem fixado o pediculo por meio de uma pinça, é a porção restante passada em alça sob si mesma, de modo a formar o nó referido. Pela tendencia escorregadia da serosa, este nó tende a desmanchar-se; e é por isto que Duplay-Cazin aconselham reforçal-o com outros successivos, executados de modo identico, ou então obtidos conforme a maneira aconselhada para o segundo caso.

No segundo caso, é elle dividido em quatro ou mais tiras, que, cruzadas duas a duas, são atadas, como se fossem fitas. Pelo moti-

vo allegado ha pouco, esses nós devem ser repetidos uns sobre os outros, para reforço da occlusão pretendida.

Tendo-se concluido o tratamento do sacco, deixa-se de fazer a tracção, e immediatamente elle desaparecerá na cavidade abdominal, exactamente como o pediculo da operação classica.

Para completar a operação sem o emprego de fio algum perdido, Duplay-Cazin aconselharam terminal-a com um só plano de sutura metallica, abrangendo parede musculo-aponevrotica abdominal e pelle, isto de maneira identica a uma satura de laparotomia em um só plano.

Realmente, o caso póde ser assim operado sem fios perdidos, se na operação não houver de se reconstruir a parede posterior; para esta hypothese, porém, alguma coisa falta, o que deu logar a alguns reparos á technica, oppos-tos por outros cirurgiões.

Para responder a taes reparos, collocando a sua technica á altura de todas as indicações, os mencionados auctores lembraram a adopção de um systema de sutura profunda, formada por pontos em U, feitos com fios me-

tallicos, e na qual cada um, começando do lado do labio inferior da incisão, atravessa successivamente pelle, parede musculo-aponevrotica, área do canal inguinal, e procurando alcançar o labio opposto, por baixo do cordão, apprehende d'esse lado o plano musculo-aponevrotico, e d'ahi volta, sem tocar na pelle, seguindo inversamente um trajecto igual ao já descripto, ao seu ponto de partida, cêrca de um centimetro do ponto de entrada, onde são enroladas as duas extremidades sobre um pequeno rolo de gaze.

Para complemento da operação, uma nova sutura superficial, tambem metallica, será feita, abrangendo a parede superior do canal inguinal e a pelle.

Os fios metallicos (prata) não devem ser muito finos, para não cortar os tecidos, e a sua torsão não muito exaggerada, para evitar a mortificação dos mesmos.

Em alguns casos, parece-nos possivel a mortificação dos tegumentos, determinada pela pressão dos rolos de gaze, adaptados aos pontos da sutura profunda. N'este caso, a resistencia geral da parede não será prejudicada, mas a cura operatoria será demorada pelo

tempo preciso para a cicatrização d'essas ulceras cutaneas.

Afóra este inconveniente, a technica em questão póde adaptar-se ás operações de Championnière e Bassini, com as seguintes vantagens: fechamento do sacco sem fios perdidos; perfeita restauração da parede posterior (quando preciso) sem deixar fios permanentes; emfim, união da parede anterior com pequena modificação do methodo de Championnière.

CAPITULO IV

Technica de Jonnesco

No sentido tambem de dispensar os fios perdidos na operação da hernia, Jonnesco propôz uma technica, que, em certos casos, póde encontrar melhor indicação que outra qualquer.

Diverge a technica de Jonnesco da de Duplay-Cazin, no seguinte:

Jonnesco fecha o sacco, suturando-o a um tempo com a parede abdominal, de sorte que os fios de prata, que aconselham para esta sutura, fazem conjunctamente o effeito do enlaçamento do proprio sacco e da sutura abdominal, conforme Duplay-Cazin.

Não é difficil comprehender que, nos casos de saccos herniarios curtos, espessos, endurecidos, quebradiços, improprios para uma boa disseccão, a technica de Jonnesco leva manifesta vantagem sobre qualquer outra.

Os primeiros tempos da operação de Jonnesco não differem dos da operação classica.

Aberto o canal inguinal, isolado o cordão, preparado o sacco, reseccada a porção excedente e mantido o coto por uma pinça, conduz-se obliquamente, da espinha iliaca para o pubis, uma sutura de fios de prata destinada a fechar a parede abdominal no sentido do canal inguinal, e que, ao encontrar o coto peritoneal, o apprehende e o inclue no seu plano, passando sempre por cima dos elementos do cordão.

Os fios, á medida que vão sendo atravessados, não devem ser logo torcidos, para não prejudicarem a passagem dos outros atravez as diversas camadas, que devem ser vistas e reconhecidas continuamente. Este cuidado é imprescindivel para segurança da oclusão do sacco e salvaguarda do cordão.

Segundo Jonnesco, as vantagens da sua

technica são as seguintes: supressão dos fios perdidos; fixação do coto peritoneal na cicatriz musculo-aponevrotica resistente, que se opporá á recahida da hernia; rapidez da operação.

CONCLUSÃO

Tendo referido o que de mais importante existe actualmente na therapeutica cirurgica, quanto á cura radical das hernias inguinaes, resta-nos elucidar tres questões importantes:

A) Toda a hernia inguinal é susceptivel de ser curada radicalmente, por uma operação?

B) Toda a hernia aproveita igualmente com a intervenção?

C) São as operações descriptas intervenções rivaes, podendo uma, em relação ás outras, ser exclusivamente adoptada em todos os casos?

A resposta é negativa para todas trez.

Nem todas as hernias são susceptíveis de cura radical; nem todas aproveitam igualmente; nem existe uma operação, que, em todos os casos, possa e deva ser preferida, operação que dispute em todas as eventualidades uma absoluta superioridade.

A) Não são susceptíveis de cura radical as hernias extremamente volumosas, cujo conteúdo já tenha perdido o *direito de domicilio*; as hernias nos cacheticos; as hernias nos individuos que tenham um enfraquecimento geral da parede abdominal; não haverá, finalmente, esperança de successo nos individuos de idade avançada.

B) Os resultados serão duvidosos: na hernia congenita, cujo sacco é o proprio conducto vagino-peritoneal; havendo adherencias irremovíveis ao nivel do collo.

C) Qualquer das quatro operações descriptas é excellente, não existindo rivalidade alguma entre ellas, pois que todas teem suas indicações.

Assim, tratando-se de casos de hernia pouco volumosa, em que o sacco seja perfeitamente isolavel, em que as adherencias sejam fracas, conservando o canal a direcção

obliqua, o que implica existencia perfeita da parede posterior, é evidente que n'estes será empregado o methodo classico de Championnière, ou este com a pequena modificação de Duplay-Cazin.

Quando, pelo contrario, encontrarmos hernias antigas, volumosas, nas quaes não exista mais canal, precisamos, então, n'estes casos, empregar o processo de Bassini, ou este modificado pelas suturas metallicas.

N'estes casos, quando se juntar mais a condição de impossibilidade de isolamento do sacco, poderemos empregar a technica de Jonnesco.

O emprego, porém, d'esta technica será indispensavel, quando se tratar de saccos curtos, espessos, quebradiços ou adherentes.

O fechamento do sacco pelo proprio sacco, que dá o cunho de originalidade á technica de Duplay-Cazin, poderá ser executado todas as vezes que o sacco a isso se prestar, quer no methodo de Championnière, quer no processo de Bassini.

Uma ultima questão, que não póde ficar em omissão, e que carece ser esclarecida, refere-se ao resultado da cura.

Collocando de parte a escolha do processo, suppondo que o mais seguro foi o que se pôz em pratica, acreditaremos que todas as operações sejam seguidas de resultado permanente, de verdadeira cura radical?

Responderemos affirmativamente, desde que os operados sejam submettidos a uma hygiene apropriada.

Assim, em individuos, que em suas profissões se devam expôr a esforços consideraveis, é precisa certa cautela e reserva, principalmente se a volta aos habitos da vida ordinaria se faz após curto praso.

Não acontece o mesmo com as pessoas abastadas, que podem seguir um regimen de vida regular e pouco forçada.

Se é possível, com os meios que hoje possuímos, afiançar a cura radical em muitos casos, comtudo, registrar como successos a totalidade d'elles seria querer falsear a verdade do que se verifica na pratica.

Se todos os cuidados hygienicos fossem seguidos á risca; se todos os operados podessem abandonar as profissões pesadas que, acaso, exerçam; se todos se podessem poupar durante certo tempo, ao menos, e isto

mais ainda sob a garantia, nos casos duvidosos e durante a época mais proxima á operação, de uma boa funda, as recahidas seriam certamente raras.



PROPOSIÇÕES

Anatomia. — Á denominação de anel inguinal interno julgo preferível a de anel inguinal interior.

Physiologia. — A integridade da membrana do tympano não é indispensável á audição.

Anatomia pathologica. — O exame histologico do tuberculo é insufficiente para diagnosticar uma bacillose.

Pathologia geral. — O sexo exerce, em alguns casos, uma grande influencia sobre a hereditariedade.

Therapeutica. — A poção é a melhor fórma pharmaceutica.

Pathologia externa. — O carcinoma diffuso do seio não deve operar-se.

Pathologia interna. — Julgo preferível a denominação de infecção gastro-intestinal infantil á de gastro-enterite aguda infantil.

Operações. — Na urethrotomia externa não deve tentar-se a cicatrização por primeira intenção.

Partos. — Nem sempre o fibro-myoma uterino é incompatível com a gravidez.

Medicina legal. — Julgo inutil a prestação de juramento.

Visto,
Ilídio do Valle,
PRESIDENTE.

Póde imprimir-se,
O. Monteiro,
DIRECTOR INTERINO.