

N.º 546

Domingos dos Santos Pinto Pereira

ALGUMAS PALAVRAS

SOBRE O TRATAMENTO

DO

ESTRANGULAMENTO HERNIARIO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



3715 EMC

PORTO

IMPRESA CIVILIZAÇÃO—SANTOS & LEMOS  
49—CAMPINHO (A ENTREPREDES)—49

1885

Para o dia 28 de julho de 1885,  
pela 1.ª hora da tarde.

Presidente - O. <sup>Senhor</sup> Manoel  
de Jesus Antunes Lima  
primeiro Sec.º

Arg.º { Pedro Augusto Dias  
          Alb.º Rodrigues da S.º Pinto  
          Ricardo de M.º da Jorge  
          Antonio Paiva da Costa

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR—CONSELHEIRO, MANOEL MARIA DA COSTA LEITE

SECRETARIO—RICARDO D'ALMEIDA JORGE

## CORPO CATHEDRATICO

### LENTES CATHEDRATICOS

1. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia descriptiva e geral. . . . .	João Pereira Dias Lobre.
2. <sup>a</sup> Cadeira—Physiologia . . . . .	Antonio d'Azevedo Maia.
3. <sup>a</sup> Cadeira — Historia natural dos medicamentos. Materia medica . . . . .	Dr. José Carlos Lopes.
4. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operatoria . . . . .	Pedro Augusto Dias.
6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. . . . .	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. <sup>a</sup> Cadeira—Pathologia interna—Therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica medica . . . . .	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
9. <sup>a</sup> Cadeira—Clinica cirurgica. . . . .	Eduardo Pereira Pimenta.
10. <sup>a</sup> Cadeira—Anatomia pathologica . . . . .	Manoel de Jesus Antunes Lemos.
11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia geral. . . . .	Dr. José F. Ayres de Gouveia Osorio.
12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica. . . . .	Ilidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia. . . . .	Isidoro da Fonseca Moura.

### LENTES JUBILADOS

Secção medica. . . . .	{ Dr. José Pereira Reis.
	{ João Xavier d'Oliveira Barros.
	{ José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica. . . . .	{ Antonio Bernardino d'Almeida.
	{ Conselheiro Manoel M. da Costa Leite.
Pharmacia. . . . .	{ Felix da Fonseca Moura.

### LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica. . . . .	{ Vicente Urbino de Freitas.
	{ Antonio Placido da Costa.
Secção cirurgica. . . . .	{ Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
	{ Ricardo d'Almeida Jorge.

### LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica . . . . .	Candido Augusto Correia de Pinho.
----------------------------	-----------------------------------

A Escóla não responde pelas doutrinas expendidas na  
dissertação e enunciadas nas preposições.

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



À MEMORIA

DE

**MEU PAE**

A MINHA MÃE

A MINHAS IRMÃS

E

A MEUS IRMÃOS

*A meus cunhados*

*Antonio Joaquim de Moraes Caldas*

*e*

*Matheus Augusto Ribeiro de Sampaio*

À MEMORIA

DOS

MEUS CONDISCIPULOS

JOAQUIM JOSÉ MARQUES D'ABREU JUNIOR

E

JOSÉ FERREIRA DE MACEDO AGUIAR



*Aos meus condiscipulos*

AOS

MEUS PARTICULARES AMIGOS

*Eduardo Coutinho d'Oliveira Motta*

*Eduardo Paulino Torres e Almeida*

*João Baptista Gonçalves Pavão*

*João Maria Lopes*

*Celestino da Silva Ramalho*

*José A. Ribeiro de Sampaio.*

Ao meu intimo amigo

E ANTIGO COMPANHEIRO DE CASA

Henrique Guedes Pereira Leite

**AO MEU PRESIDENTE**

O ILL.<sup>mo</sup> E EXC.<sup>mo</sup> SNR.

**MANOEL DE JESUS ANTUNES LEMOS**

## INTRODUÇÃO

---

O ASSUMPTO de que nos propomos tratar é um dos mais espinhosos da cirurgia, e talvez dos mais vastos.

Conviria antes de tudo, ainda que resumidamente, apresentar a symptomatologia do estrangulamento herniario, mas attendendo aos estreitos limites d'uma dissertação inaugural, poremos de parte esse capitulo, embora importantissimo, e suppor-nos-hemos em presença d'um caso bem nitido de enterocéle estrangulado.

Abandonar n'estes casos o doente aos esforços da natureza, é condemnal-o quasi fatalmente á morte, ou pelo menos expôl-o a accidentes d'uma gravidade tal, que a sua terminação mais favoravel é a formação d'um abcesso estercoral e d'uma fistula consecutiva.

O perigo é eminente; é preciso, pois, intervir e intervir energicamente a fim de subtrahir a ansa herniada ás lesões que a ameaçam.

O fim para que devem tender todos os esforços do cirurgião, é a redução do intestino. Mas que processo deverá empregar, para mais depressa e com mais segurança attingir o seu fito?

E' o que pretendemos determinar.

Concebe-se, *á priori*, que se deverá preferir o methodo que, conservando a integridade do intestino, o faça entrar no abdomen sem perigo para o doente, e fôr applicavel em todos os logares, por qualquer cirurgião por menos experimentado que seja.

Teem sido para este fim propostos variados meios.

Não é nossa intenção occuparmo-nos detidamente de todos; falaremos tão sómente dos mais importantes e que teem gozado em diversas epochas d'uma certa celebridade.

Costumam os pathologistas, que mais se téem occupado d'este assumpto, dividir esses meios em *medicos* e *cirurgicos*.

Hoje tal divisão não é de fôrma alguma acccitavel, e se a apresentamos é simplesmente para commodidade na nossa exposição.

Está, pois, traçado o plano do presente trabalho.

# CAPITULO I

---

## Meios medicos

Estes meios chegaram já a constituir methodos therapeuticos exclusivos. Não é para admirar; era a consequencia logica e natural das concepções, então vigentes, sobre a pathogenese do estrangulamento herniario.

Se não podem hoje possuir fóros de methodo, porque o seu emprego exclusivo seria um contrasenso à luz da physiologia pathologica do estrangulamento, também não os podemos proscreever completamente, porque são por vezes preciosos adjuvantes.

São numerosissimas as substancias pharmacologicas de que os pathologistas téem lançado mão para o tratamento da hernia estrangulada.

Tinha-se umas vezes em vista relaxar a abertura herniaria e as paredes abdominaes, empregando as sangrias geraes ou locaes, os banhos, as cataplasmas, as fomentações, o opio e a belladona. Outras vezes procurava-se determinar no intestino contracções energi-

cas, capazes de retirar para dentro da cavidade abdominal a ansa intestinal deslocada, por meio dos purgantes, dos clysteres estimulantes, dos refrigerantes, etc.

As sangrias geraes ou locaes tiveram grande voga e foram por muito tempo recommendadas com enthusiasmo por Cooper, Goursaud e outros cirurgiões.

Pretendia-se com a sangria geral, fazer cahir o doente em syncope, collocando-o assim em um certo grau de anesthesia e de resolução muscular para favorecer as manobras da taxis.

Este methodo, porém, não tem para nós senão um interesse historico. Para obtermos o mesmo effeito e d'uma maneira mais completa, temos á nossa disposição um meio por excellencia—a chloroformisação—que empregado devidamente e segundo as regras recommendadas, produz o resultado desejado.

Como antiphlogistico, as sangrias geraes encontram a sua applicação nos estrangulamentos, acompanhados de febre intensa, que são raros.

As sangrias locaes como meio antiphlogistico produzem por vezes algum beneficio, evitando, pela modificação que imprimem á marcha da doença, accidentes d'uma gravidade extrema.

Nas casos, porém, em que o estrangulamento seja perfeitamente manifesto e conte alguma duração, condemnamos o seu emprego, porque estamos plenamente convencidos de que as emissões sanguineas n'esta altura, aggravam a estrangulação e podem até ser a causa de novos accidentes.

Os banhos geraes prolongados, por sua acção sedante, collocam o doente em condições mais propicias para poder soffrer as pressões da taxis, e evitam que



as contracções musculares adquiram grande energia; podem, pois, prestar valiosos serviços.

Não reprovamos o seu emprego, principalmente quando o caso é de pouca gravidade e permite temporisação.

A utilidade dos diversos topicos, pomadas belladonada e opiada, applicados sobre o tumor herniario, tão apregoada por alguns, não nos parece de fórma alguma poder justificar-se.

Com a sua applicação pôde por vezes obter-se um certo *socego*, que nos poderá induzir em erro, julgando os accidentes dissipados. Taes applicações além de não merecerem grande confiança, téem pelo menos o gravissimo inconveniente de fazer perder tempo precioso.

As applicações refrigerantes sob a fórma de irrigação continua, de gelo ou de ether pulverisado, gosam ainda d'uma certa voga. O seu emprego é justificado porque favorecem a redução de tres modos: descongestionando as partes herniadas, diminuindo pela condensação dos gazes o volume da hernia, e despertando a contractilidade dos intestinos;

Não crêmos que com o emprego exclusivo dos refrigerantes se possa obter a redução d'uma hernia evidentemente estrangulada. A sua applicação, um pouco demorada, expõe o doente a perigos sérios, como são a gangrena do intestino e dos tegumentos, e collocam-n'o d'este modo em condições de não poder ser socorrido por outros meios.

D'aqui resulta que o seu emprego é muito limitado, e só tem razão de ser quando o estrangulamento está em comêço ou quando a impossibilidade de encontrar um cirurgião obriga a temporisação.

O emprego dos purgantes pela via gastro-intesti-

nal data de ha muito. Este methodo, como todos, tem seus partidarios e seus adversarios. Os primeiros viam n'elle um bom meio de fazer contrahir o intestino, contribuindo assim para a sua redução. Os outros, pelo contrario, consideram-n'o causa de aggravação dos accidentes, quer pela accumulacão das materias fecaes no topo superior, quer pela exaggeração da energia das contracções intestinaes, as quaes augmentariam o grau de estrangulamento.

Se alguma vantagem pôde ter a medicação purgativa, é elucidando o diagnostico se este é um pouco duvidoso, porque então pôde prestar serviços, indicando a permeabilidade ou não permeabilidade do intestino; e ainda assim n'em sempre conduz á certeza, porque não havendo mesmo hernia estrangulada, as dejeccões podem não apparecer, ou porque a substancia empregada é pouco energica, ou porque no individuo ha predisposição notavel para a prisão de ventre, a qual por vezes resiste aos agentes mais energicos da pharmacologia. Mais ainda: casos ha, como aquelle que cita Dentu, em que o topo inferior do intestino era a séde d'uma tal exsudacão, que á primeira vista parecia não haver estrangulamento, e no entanto a autopsia mostrou depois que o curso das materias estava completamente interrompido por um estrangulamento herniario bem manifesto.

Devemos, pois, ser muito cautelosos no emprego dos purgantes, mesmo como meio de diagnostico, porque como muito judiciosamente faz notar Gosselin, os purgantes só produzem o seu effeito passado algum tempo, e a temporisação de algumas horas pôde ser muito prejudicial ao doente.

Finalmente, quando o estrangulamento é evidente,

os purgantes estão completamente contra-indicados, e o seu emprego é indesculpavel.

Os clysteres tiveram tambem a sua voga no tratamento do estrangulamento herniario. Foram empregados clysteres de diversas substancias, mas era principalmente aos purgativos e aos de tabaco que os praticos recorriam mais frequentemente. Aos clysteres purgativos podemos apontar-lhe os mesmos inconvenientes já enunciados a proposito dos purgantes.

Os clysteres de tabaco foram muito preconizados por Heister, de Haen, Pott, chegando o primeiro d'estes cirurgiões a dizer que não tinha tido occasião de praticar a herniotomia, depois que começou a empregar os clysteres de tabaco.

Com o seu emprego tinha-se em vista provocar contracções intestinaes pela acção excitante do tabaco sobre a fibra lisa do intestino, e tambem diminuir as dôres pela sua acção narcotica. Para se obter o primeiro resultado seria preferivel recorrer aos purgantes, que são mais innocentes, e para o segundo temos os anesthesicos como meio mais effcaz.

O uso do tabaco n'estas condições tem produzido muitas vezes accidentes mortaes; a dosagem do medicamento é difficil e nunca pôde ser rigorosamente exacta, porque a sua riqueza em nicotina é muito variavel; basta isto para o condemnar.

O'beirn aconselha como meio curativo a evacuação dos gazes do intestino grosso, pela introdução d'uma sonda no recto, d'onde resultaria diminuição do volume da hernia e consequentemente maior facilidade da sua entrada na cavidade abdominal. Semelhante meio não pôde admittir-se, e nos casos de cura

a elle attribuidos, ha de certo qualquer erro de observação ou de interpretação.

A posição do doente pôde tambem em alguns casos favorecer a redução espontanea. A posição mais geralmente adoptada consiste em collocar o doente no decubito dorsal com a cabeça, tronco e membros inferiores em flexão para que os musculos abdominaes fiquem no estado de maxima relaxação.

Pares e Rives collocavam o doente n'um plano inclinado, ficando a bacia mais elevada que a cabeça.

Pareu e Fabricio d'Aquapendente, aconselhavam um processo barbaro que consistia em collocar os membros inferiores do doente sobre os hombros d'um homem vigoroso, com a cabeça para baixo e pendente, e imprimir-lhe movimentos bruscos e energicos.

Nenhuma das posições empregadas é processo de tratamento efficaz nos casos de hernia verdadeiramente estrangulada; apenas são algumas vezes meios auxiliares da taxis.

São estes muito resumidamente os meios medicos que teem sido propostos para os casos de estrangulamento herniario. Alguns não teem verdadeira razão de ser, e qualquer d'elles, empregado como methodo exclusivo de tratamento torna-se prejudicialissimo por inefficaz em doença de tanta gravidade. E, embora todos apresentem um ou mais casos de cura em seu favor, ninguem acreditará que qualquer d'elles seja meio seguro de tratamento.

## CAPITULO II

---

### Meios cirurgicos

Os meios cirurgicos são evidentemente os unicos a que o cirurgião deve recorrer em presença de uma hernia estrangulada, por serem os que ordinariamente dão resultados satisfactorios. Taes são a taxis, a punção aspiradora e a herniotomia.

Qual devemos preferir? Para nos pronunciarmos por qualquer d'elles devemos com a maxima prudencia pesar todas as circumstancias da doença que se offerece á nossa apreciação, attender aos commemorativos, vêr como se produziu o estrangulamento e calcular o tempo decorrido depois da manifestação dos primeiros accidentes. Só depois d'um exame minucioso de tudo o que pôde elucidar o pratico, é que poderemos dar preferencia a qualquer d'elles.

Operações imprudentemente emprendidas, por não serem baseadas em conhecimentos positivos do estado pathologico, teem tido consequencias funestas; e d'ahi discussões acaloradas sobre o valor relativo de cada methodo.

O exclusivismo n'este assumpto é um erro indesculpavel, porque cada methodo tem as suas indicações e contra indicações; o conhecimento d'ellas é, pois, para o clinico, d'uma importancia capital, porque d'outra maneira as consequencias podem ser funestas para elle e para o doente.

### § 1.º *Taxis*

A taxis é a operação que consiste em repellir as visceras herniadas para o abdomen, exercendo pressões methodicas sobre o tumor.

De origem muito antiga, esta operação, preconizada por uns com uma convicção que chega até ao fanatismo, repellida por outros com uma opinião evidentemente antecipada, passou definitivamente para a prática pelos serviços reaes que presta em grande numero de casos. E na verdade a taxis constitue um excellent methodo de redução das hernias estranguladas, e a sua efficacia é incontestavel quando empregada em determinadas condições.

A taxis pôde ser simples ou anesthesica. A primeira dá por vezes excellentes resultados, mas é muito dolorosa e o doente grita e executa movimentos que pôdem embaraçar o cirurgião ou mesmo comprometter o resultado da operação.

Em virtude d'isso, e principalmente depois dos trabalhos de M. Guyton e M. Gosselin, a maior parte dos cirurgiões prescreveram quasi completamente a taxis simples. A administração do ether ou do chloro-

formio em inalações produz a anesthesia e o relaxamento dos musculos abdominaes e permite a prática da taxis em condições muito mais favoraveis.

É, pois, a estes agentes que devemos recorrer, reservando os outros meios já indicados, como são os banhos, os clysteres, etc., para os casos em que ou o doente não se quer sujeitar á anesthesia, ou ella está completamente contraindicada.

Ha varios processos para praticar a taxis.

Em geral o doente deve ser collocado n'uma posição tal, que a abertura que deu passagem á hernia fique no estado do maior relaxamento possivel, e as visceras herniadas devem ser impellidas por um caminho inverso do que seguiram, escapando-se. Assim o processo mais simples e ordinariamente mais empregado, é o seguinte: collocado o doente em decubito dorsal, com as coxas em flexão, os joelhos algum tanto separados, segundo Malgaigne, ou juntos como quer Cooper, com o thorax um pouco dobrado sobre o abdomen e a cabeça em flexão sobre o peito, o cirurgião agarra o intestino herniado, perto do pediculo da hernia, com os dedos da mão esquerda, enquanto que com a outra exerce pressões methodicas sobre o tumor, obrigando assim a viscera a entrar na cavidade abdominal.

Gosselin aconselha que se abrace o tumor com a palma da mão e que com os dedos reunidos se comprima o collo, adelgaçando-o de modo que as visceras herniadas passem como por uma especie de fieira; recommenda tambem que não se exerçam pressões sobre o fundo do sacco, porque pôde dar-se a redução em massa.

Outros cirurgiões aconselham que antes de im-

pellir a intestino para a cavidade abdominal se puche o tumor para fóra, para verificar se ha ou não adherencias entre as partes herniadas, e conhecer assim se a taxis pôde ter resultados favoraveis.

Tem igualmente muita importancia o sentido em que devem ser feitas as pressões; isto, porém, varia para cada especie de hernia, e é principalmente attendendo ás disposições anatomicas da região, que o cirurgião deve dirigir essas pressões.

Ledran aconselha abraçar a hernia, perto do collo. com 2 ou 3 dedos da mão esquerda, e comprimir o resto do tumor para amollecere as materias endurecidas.

Ha outro processo que pôde dar bons resultados quando a conformação do tumor se presta á sua applicação. Referimos-nos á compressão elastica, preconizada por M. Maisonneuve. Este processo só é applicavel ás hernias volumosas e periformes. applica-se da maneira seguinte: cinge-se methodicamente a hernia com largas faxas de caoutchouc, um pouco mais apertadas na extremidade livre. A pressão continua e regular exercida sobre o tumor tende a dirigil-o para o anel. Todavia a taxis é sempre um processo mais seguro, porque é executado por instrumentos intelligentes.

Mas além d'este processo que consiste em exercer pressão directamente sobre o tumor e que por esta rasão alguns cirurgiões chamam *taxis immediata*, ha outro pelo qual se procura exercer tracções sobre a ansa herniada por intermedio do mesenterio e do intestino contidos na cavidade abdominal; é a *taxis mediata* ou *a retro*, por opposição á precedente.

Pertence a este grupo o antigo processo indiano que consistia em applicar sobre o ventre dos doentes



uma toalha dobrada, por meio da qual se exerciam pressões sobre a massa intestinal que se procurava puxar para cima e para traz.

Este principio deu origem muito recentemente a uma applicação mais engenhosa, devida a M. Lannelong. Este cirurgião propoz que se comprimissem a ansa herniada atravez do abdomen e immediatamente acima do pediculo, por meio d'um sacco em fórma de funil, contendo 2:500 a 3:000 grammas de chumbo granulado. Segundo o mesmo auctor a applicação continua da compressão sobre a parede abdominal é susceptivel de fatigar os planos musculares, a ponto de esgotar a sua energia contractil e de neutralisar a tendencia que elles poderiam ter para conservar no sacco as visceras herniadas.

Lannelong cita dous casos de hernia inguinal estrangulada rebeldes á taxis ordinaria, que foram reduzidas pelo processo que acabamos de indicar.

O sacco de chumbo, segundo Duplay, actúa provavelmente pela compressão que exerce sobre o pediculo da hernia, e pelas modificações que imprime ás relações das visceras herniadas com as abdominaes.

Poderíamos ainda apresentar outras modificações do modo de operar a taxis. São todas de somenos importancia, o que nos dispensa da sua descripção.

Nem todos os cirurgiões empregam a mesma força, quando pela taxis pretendem a redução de uma hernia estrangulada. Uns limitam-se a leves pressões sobre o tumor herniario, e durante um curto praso de tempo; outros, empregam mais força e levam a intervenção até se fatigarem.

D'aqui resultaram dous methodos de taxis: moderado e forçado. Onde termina a taxis moderada? Onde co-

meça a taxis forçada? Evidentemente se concebe que tudo depende da força do operador, e que se não pôde responder a estas perguntas senão approximadamente. Assim será taxis moderada a que só dura alguns minutos (5 a 10), e taxis forçada aquella em que se emprega grande força chegando a fatigar o operador. N'este caso pôde ainda o cirurgião ser auxiliado por um ou mais ajudantes, que applicando as mãos sobre as do cirurgião exercem igualmente pressões; d'onde as expressões de taxis a quatro mãos, e taxis a seis mãos.

Numerosos partidarios se apresentam em campo em defeza de cada um d'estes methodos de taxis.

São muitos, e alguns de bastante peso, os argumentos de que os sectarios da taxis moderada lançam mão, para rejeitarem a taxis forçada.

A taxis forçada, dizem elles, não deve empregar-se, porque pôde mais facilmente determinar a reduçãõ em massa e haver d'este modo a transformação do estrangulamento externo em interno; porque as pressões violentas e fortes podem produzir contusões nas visceras herniadas, que reduzidas n'este estado e em disposição notavel para a alteração organica dos seus tecidos, podem ulteriormente ser a sêde da gangrena e ruptura intestinal consecutiva; porque pelas pressões energicas se pôde provocar a inflammação intensa das partes herniadas, que reduzidas n'este estado vão despertar uma peritonite aguda; porque a taxis forçada quando falha compromette grandemente a herniotomia, etc.

Estes accidentes que podem por vezes vir complicar o emprego da taxis forçada são, na verdade, de uma gravidade extrema.

Mas Gosselin, Amussat e outros cirurgiões, parti-

darios convictos d'este methodo, attribuem os maus resultados por vezes obtidos, á falta do cumprimento das regras operatorias. Assim, diz Gosselin, a redução em massa encontra-se geralmente nos casos em que a redução é effectuada pelos proprios doentes, os quaes não tendo os conhecimentos precisos das regras operatorias, exercem pressões sobre o fundo da hernia, do que resulta a separação do sacco dos tecidos circumvisinhos, de maneira que a redução da hernia se effectua em massa; e como por vezes o estrangulamento tem a sua séde no proprio sacco, segue-se que o estrangulamento continúa a persistir dentro da cavidade abdominal.

O certo é que os diferentes auctores referem um numero bastante avultado de casos, em que o emprego da taxis forçada foi seguida dos accidentes já indicados.

Attendendo, pois, aos resultados da observação clinica, julgamos a taxis moderada, um meio mais innocente e preferivel á taxis forçada.

A taxis moderada tem tambem os seus inconvenientes. Algumas vezes empregando este methodo não conseguimos a redução d'uma hernia, que uma pressão um pouco mais energica faria entrar na cavidade abdominal, e isto sem perigo para o doente, o que era de maxima importancia, porque d'este modo as lesões da viscera herniada não tomariam maior incremento, e não indicariam ulteriormente applicação de meios mais energeticos.

E' por este motivo que alguns sectarios da taxis moderada, querem que ella seja ao mesmo tempo progressiva, mas que de modo nenhum chegue a entrar nos dominios da taxis forçada.

Pelo que fica exposto, e apoiados na auctoridade

de cirurgiões eminentes, somos de opinião que a taxis moderada progressiva deve ser preferida á taxis forçada.

E' muito provavel que, diz Broca, se o cirurgião fosse chamado immediatamente após o repentino apparecimento do estrangulamento herniario, todas as hernias seriam susceptiveis de ceder á taxis.

Ordinariamente não succede assim; a nossa intervenção só é reclamada passado algum tempo, duas ou tres horas depois do accidente, tempo de sobra para que a hernia se torne inteiramente irreductivel.

Haveria, pois, immensas vantagens, em presença de um doente n'estas condições, em saber se a hernia é susceptivel de ceder á taxis, ou se resistirá a todas as tentativas; porque no primeiro caso haveria indicação de insistir n'estas manobras; e com effeito, reduzida a hernia, o doente ordinariamente fóra de perigo, evitava uma operação das mais graves. Mas no segundo caso, se a taxis não dá resultado algum, pôde ser muito prejudicial, produzindo pelas pressões nas visceras herniadas, já ameaçadas de gangrena, accidentes que tornam menos favoravel o resultado da operação da hernia estrangulada, tornada urgente.

Ainda uma outra questão se apresenta ao espirito do operador.

Tem-se observado frequentes vezes que uma hernia estrangulada que resistiu ás mais habéis manobras de um operador distincto, cede ás tentativas feitas por mãos muito menos exercitadas, no momento em que se ia praticar a operação; de maneira que o cirurgião pôde perguntar a si mesmo, quando vai operar, se a operação pôde ou não evitar-se.

Por outro lado, a maior parte, senão todos os ci-

rurgiões, são concordes em que a operação da hernia estrangulada é tanto mais grave quanto maior é a temporisação.

Estes elementos oppostos deram origem a duas doutrinas, que mais do que nunca dividem presentemente os cirurgiões. Uns querem que o emprego da taxis seja prolongado por bastante tempo, e que se não deve recorrer á operação senão como ultimo recurso; querem os outros que após algumas leves tentativas de redução pela taxis se recorra immediatamente á herniotomia.

Possuirá a sciencia materiaes sufficientes, factos numerosos e precisos, que sem appellação possam julgar uma tão grave questão da prática cirurgica?

O nosso juizo sobre este ponto deve ser extremamente reservado. Parece-nos no entanto que o exclusivismo não póde nem deve admittir-se. O melhor de todos os methodos, n'esta como em outras muitas materias, é um eclectismo bem fundamentado.

Não podemos, no entanto, como alguns querem, rejeitar de um modo absoluto o principio de Lisfranc: *a taxis a regra, e a operação a excepção.*

Presentemente a taxis, poderosamente auxiliada pela anesthesia e pela punção aspiradora, deve ser a regra, deve pelo menos principiar-se por ella, e o seu emprego sujeito a regras determinadas, tornará cada vez mais raros os casos em que se torne necessario recorrer á herniotomia.

Não se julgue, porém, que rejeitamos completamente os outros meios de redução; quando nos occuparmos d'elles ahi lhe apontaremos as contra-indicações, e apontaremos os casos em que elles se tornam o ultimo recurso para o cirurgião.

Vejamos agora quaes os preceitos que o cirurgião deve ter em vista, quando em presença de um doente atacado de uma hernia estrangulada, pretende obter a sua redução pelo emprego da taxis.

Não ha, no dizer de Duplay, affecção cirurgica que mais deixe ao imprevisto que o estrangulamento herniario; ainda assim algumas indicações geraes podem ser estabelecidas com grande precisão para as diversas cathogorias em que se podem reunir todos os factos.

Póde-se dizer como regra geral, que a taxis está sempre indicada no estrangulamento das hernias, seja qual fôr a sua natureza e o seu volume.

E' sobretudo o volume da hernia e a duração do estrangulamento, que deve guiar o clinico no emprego d'esta manobra.

Se o estrangulamento não tem ainda 48 horas de duração, e se nenhum tratamento lhe tem sido feito, devemos, depois de algumas pressões leves e previas, proceder á taxis anesthesica; fazer pressões cada vez mais intensas, á medida que o tempo fôr decorrendo, e se no fim de 15 minutos, termo médio, a redução não se tiver obtido, estamos auctorisados a considerar o estrangulamento como invencivel, e portanto o desbridamento deve ser praticado quanto antes.

Se a hernia tem mais de 48 horas, é permitido recorrer ao tratamento acima indicado, mas só quando tenhamos motivos para crêr que o intestino não está muito alterado; porque n'este ultimo caso a taxis deve ser absolutamente rejeitada, e o desbridamento tentado desde logo.

Quando, porém, a hernia é volumosa, e se supõe a existencia do epiploon, podemos sem grave in-

conveniente recorrer á taxis anesthesica, mas prolongando-a sómente pelo espaço de 6 a 8 minutos, com receio de juntar ás do estrangulamento as lesões produzidas pelas manobras da taxis.

Se a hernia é pequena, e temos razões para supôr que não ha epiploon, ou que o intestino está simplesmente belliscado, devemos começar ainda pela taxis anesthesica, mas as pressões hão de ser muito leves, e não se prolongarão estas manobras mais de 5 minutos.

Se o estrangulamento existe ha tres dias e entra no quarto, se a hernia é volumosa e encerra muito epiploon, podemos ainda recorrer á taxis anesthesica durante 5 ou 6 minutos; se não obtivermos a redução, a operação está indicada.

Quando, porém, o tumor é de volume médio, a taxis está contra-indicada; pois que é muito para temer a redução do intestino perfurado, ou a aggravação do estado do doentê, em virtude das pressões empregadas sobre o intestino já alterado. Aqui a necessidade do desbridamento impõe-se ao espirito do operador.

Taes são os preceitos relativos á taxis, formulados pelo eminente cirurgião Gosselin.

A anesthesia é, pois, para Gosselin, o adjuvante por excellencia da taxis.

Mas como pôde acontecer que não tenhamos á mão qualquer dos anesthesicos mais geralmente empregados, ou que o doente tenha uma affecção, que contra-indique o seu emprego, devemos lançar mão de outro meio, que por muito tempo esquecido, entrou de novo no dominio da cirurgia, graças aos esforços de Dieulafoy.

Queremos referir-nos á punção aspiradora do tumor herniario; é d'este processo que nos vamos occupar no paragrapho seguinte.

## § 2.º *Punção aspiradora*

Este processo, que não é mais do que a modificação d'outro antigamente muito preconizado e hoje completamente banido da pratica cirurgica, consiste em evacuar os contentos da ansa intestinal pelo aspirador de Dieulafoy, ou outro instrumento analogo.

A punção simples do tumor herniario com um trocate é de data muito antiga; mas os resultados obtidos por este meio foram tão desgraçados que elle foi votado ao esquecimento.

Dieulafoy, propondo a aspiração para facilitar a redução das hernias estranguladas, procurava utilizar a poderosa attracção do vacuo para desembaraçar a ansa intestinal dos gazes e liquidos que ella contém.

Alguns auctores tem objectado que com as punções intestinaes se póde dar logar a um derrame no peritoneo, accidente de uma gravidade extrema. E' verdade, mas sabe-se que as punções intestinaes tem sido feitas grande numero de vezes nas tympanites, e com trocates simples como o de Levrat, sem comtudo d'ahi resultar derrame algum; e entretanto que enorme differença entre a ferida produzida pelo trocate e a picadura imperceptivel produzida pela agulha aspiradora!



Labric cita grande numero de casos que devem tirar o medo aos mais timoratos.

Fonssagrives cita igualmente um caso observado por Stein, em que o doente soffreu tres vezes a punção intestinal por causa de uma pneumatose asphyxica, curando-se no entanto.

São estes factos de grande importancia, porque nos demonstram *á priori*, que as pequenas agulhas do aspirador serão muito mais inoffensivas que esses trocates gigantesocos.

Era sobretudo a Dieulafoy que estava reservada a honra de tirar todos os escrupulos sobre este assumpto.

Este insigne cirurgião, dotando a cirurgia com o seu engenhoso apparelho, demonstrou que a aspiração intestinal se pôde fazer, empregando agulhas de um calibre relativamente pequeno, e que a manobra é simples, efficaz e inoffensiva.

Os factos deram razão a Dieulafoy. As punções intestinaes, diz Autun, feitas com agulhas finas, são sempre d'uma perfeita innocuidade, quer se trate de tympanite, quer d'uma hernia estrangulada.

Girard pensa com Labric, que se não ha derrame depois da punção aspiradora, isso depende da contractilidade intestinal, que fecha immediatamente a pequena ferida. Faz ainda intervir a laxidão da mucosa, e a facilidade com que ella escorrega sobre as tunicas musculares, o que lhe permite introduzir-se entre os labios da ferida e servir-lhe de rolha.

Seja qual fôr o mecanismo, o que é certo é que a picadura é inoffensiva, quando este intestino está são, ou quasi são. Vejamos agora se acontecerá o mesmo

quando as membranas intestinaes offerecem já alterações.

Segundo os trabalhos de Gosselin e Nicaise, as tunicas intestinaes parecem destruir-se pela ordem seguinte: camadas superficiaes da mucosa, fibras musculares, chorion mucoso e por ultimo a serosa.

E' obvio que n'este caso a punção intestinal tem menos razão de ser, porque como diz Girard, se as fibras musculares estão já destruidas, a sua contracção não será possivel, e a abertura feita pelo aspirador ficará aberta, e poder-se-ha então effectuar o derrame no peritoneo. Parecem-nos exaggerados esses receios, pois que uma agulha muito fina deixará apenas, e nem sempre, um orificio por tal fôrma pequeno que se poderá considerar como virtual.

Attendendo, porém, ao pequeno diametro da agulha aspiradora, e a que Velpeau e muitos outros cirurgiões tem reduzido intestinos com pequenas perfurações, e sem consequencias funestas, á gravidade da kelotomia e aos perigos da taxis prolongada, julgamos que a punção aspiradora deve ser empregada.

Objectam alguns cirurgiões, que com este processo podemos reduzir um intestino ulcerado ou gangrenado; mas tambem o emprego da taxis pôde ter o mesmo inconveniente, e nem por isso é rejeitada.

Em que epocha, pois, está justificado o emprego da punção aspiradora?

Sendo, como dissemos, a aspiração um adjuvante da taxis, claro está que devemos ter em vista as regras geraes que Gosselin apresenta relativamente á epocha em que convem applicar a taxis, isto é, que emquanto não tiverem decorrido mais de 48 horas

para as pequenas hernias, e 72 para as grandes, a aspiração está indicada.

Em resumo, se a taxis feita com todas as regras recommendadas, não der resultado algum, puncciona-se o tumor com a agulha aspiradora; e depois da ansa intestinal ter sido evacuada por um numero sufficiente de punções, dos gazes e liquidos n'ella contidos, tenta-se de novo a taxis. Geralmente a redução faz-se então dentro de poucos minutos. Algumas vezes, o intestino livre dos gazes e liquidos que o paralyssavam, adquire a sua contractilidade, que por si só basta para o fazer entrar no abdomen.

Se a despeito de todas estas manobras o intestino não entra, a indicação da kelotomia impõe-se imperiosamente. E' o ultimo recurso do cirurgião.

### § 3.º *Herniotomia*

Esta operação consiste em seccionar com precaução as camadas que cobrem a hernia, ir procurar o agente do estrangulamento e dilatal-o.

O intestino livre da constricção que o sustinha, pôde ser então facilmente repellido para a cavidade abdominal.

Todos os cirurgiões são concordes que este meio é d'uma provada efficacia; e no emtanto nem todos recorrem a ella com o mesmo enthusiasmo.

Para alguns, e Malgaigne é d'esse numero, a her-

niotomia é cercada de taes abysmos que só com extrema necessidade se deve lançar mão d'este meio.

Deve-se, porém, reconhecer que tal opinião é exaggerada.

Se os resultados teem sido muitas vezes fataes não é pela gravidade da operação em si, mas pelas condições especiaes em que a temporisação collocou o doente, o qual exausto de forças não pôde supportar o traumatismo operatorio.

E' por isso que muitos cirurgiões eminentes se levantam energicamente contra a operação tardia, por temerem os gravissimos accidentes que uma tal pratica pôde occasionar. Pot e Desault querem que se não espere mais de duas horas para se decidir a operação; e Sedillot considera a kelotomia precipitada muito mais benigna que a taxis exaggerada.

São numerosos os processos, consideravel o arsenal cirurgico, para a pratica da herniotomia; podemos no emtanto reduzir esses processos a dous grandes methodos: o de Franco e o de Petit. No primeiro ha a incisão do sacco herniario, no segundo o sacco fica intacto.

Cada um d'estes methodos satisfaz a indicações bem differentes, que nós apontaremos em outro lugar.

Vamos descrever agora, muito resumidamente, cada um d'estes methodos separadamente.

**Operação com abertura do sacco**— Esta operação compõe-se de quatro tempos:

**1.º tempo**— Colocado o doente na posição que já indicamos para a taxis, o cirurgião munido d'um bis-

turfi recto ordinario ou levemente convexo, colloca-se ao lado do doente, que lhe fôr mais conveniente, e procede á incisão da pelle; esta pode fazer-se por dous modos differentes, ou de fóra para dentro, ou por transfixão, fazendo na pelle uma prega de que uma das extremidades é segura pelo cirurgião e a outra por um ajudante.

A incisão ordinariamente simples, tem, segundo os differentes casos, uma direcção parallelá ao grande diametro da hernia ou ao eixo do corpo. Se o tumor é volumoso e representa uma porção de esphera póde tornar-se necessario praticar uma incisão em **T** ou em **+**. As extremidades da incisão devem sempre exceder os limites da hernia.

Continua-se depois dividindo os tecidos com a maxima cautela e precisão, para o que é de grande valor cortar sobre uma sonda canelada.

A espessura dos tecidos que temos a dividir, varia muito com a região e gordura dos individuos.

2.<sup>o</sup> tempo—Reconhecido o sacco herniario passa-se á sua incisão. Hesita-se, por vezes, n'este momento da operação, pois nem sempre é facil reconhecê-lo. Assim se as camadas exteriores ao sacco estão sãs, e apresentam o aspecto normal, não ha difficuldade em o conhecer, mas se ha sangue infiltrado, se uma camada cellulosa regular está separada das camadas profundas por esta infiltração, torna-se então difficil distinguil-o. Esta distincção é de uma grande vantagem, porque póde acontecer que por imprudencia do operador se tenha cortado o sacco durante o primeiro tempo, e julgarmos-nos em presença d'elle, quando é já o intestino que se nos apresenta.

Tem se apresentado varios meios para distinguir este órgão.

Sedillot aconselha um meio extremamente simples. Consiste em introduzir um dedo na abertura feita pela incisão, e no caso do sacco já estar aberto, o dedo deve entrar na cavidade abdominal; no caso contrario é porque o sacco não existe ou ainda não está dividido. Algumas vezes, porém, o estrangulamento é de tal ordem que apesar do sacco já estar dividido o dedo não pôde entrar.

Outros cirurgiões observam que, quando se sectiona o sacco sahe, principalmente no enterocéle, um liquido seroso, amarellado; mas ha casos e sobretudo no entero-epiplocéle, em que este liquido não existe, ou quando existe é em quantidade muito diminuta.

Outros cirurgiões ainda lançam mão d'outros meios. Se o intestino apresenta os caracteres normaes distingue-se facilmente, mas no caso contrario precisamos recorrer aos caracteres da superficie peritoneal, á direcção das fibras do intestino, etc.

Verificado o sacco corta-se com o bisturi sobre a sonda canelada. A incisão deve prolongar-se para cima e para baixo n'uma extensão correspondente á incisão superficial. O cirurgião pôde então observar o contheudo do sacco herniario, constituido por uma ansa de um volume variavel, de um vermelho escuro, notavel pela sua renitencia e forma characteristics, umas vezes muito apparente, outras como que mascarado por maior ou menor quantidade de epiploon, normal ou inflamado, tumefacto e infiltrado de sangue.

Depois de verificada a séde e o grau do estrangulamento, passa-se ao desbridamento que constitue o terceiro tempo.

3.º tempo—O desbridamento é a operação que consiste em fazer uma ou muitas incisões sobre o agente do estrangulamento com o fim de terminar a constricção.

Para proceder a este tempo da operação, precisa-se d'um conductor e um instrumento cortante. Alguns cirurgiões servem-se da sonda canelada, recta ou curva; o seu emprego, porém, está longe de ter inconvenientes, porque o intestino tufando ao lado da sonda pôde ser ferido pelo instrumento cortante. Para remediar este grave inconveniente tem-se procurado fazer modificações nas sondas, tornal-as mais adequadas ao fim a que se propoem; ainda assim estes conductores nunca poderão fornecer ao operador o conhecimento da extensão do caminho percorrido pelo bisturi. E', pois, o dedo que deve, quando fôr possível, ser empregado como conductor.

Os instrumentos de direse, teem igualmente variado de fórma. Apesar do arsenal cirurgico ser consideravel, e contar um certo numero de bisturis especiaes, que hoje estão completamente abandonados, á excepção do de Cooper, unico que escapou ao naufragio, os cirurgiões servem-se a maior parte das vezes do bisturi botonado ordinario.

Collocando o bisturi por uma das faces da lamina cortante sobre o dedo conductor, o cirurgião faz movel-o até que a parte precisa esteja introduzida no agente do estrangulamento, levanta-se o gume de modo a cortar o anel, ou o collo, ou os dous n'um ponto escolhido, e n'uma espessura que não deve exceder 5 a 6 millimetros.

Como por vezes não é sempre sufficiente um só corte que tenha esta extensão, Vidal de Cassis aconse-

lha fazer muitos, e a que elle chamou desbridamento multiplo. E' um processo que deve ser empregado, porque permite apenas dar ás incisões uma extensão de 3 millimetros, factó de grande importancia principalmente para mãos inexperientes.

Não indicaremos os pontos em que se deve fazer o desbridamento para as diversas especies de hernias, porque isso está fóra do nosso plano; diremos apenas que o cirurgião deve evitar com a maxima cautela a lesão dos vasos visinhos do ponto em que se faz o desbridamento, e que as regras estabelecidas a este respeito dependem da determinação rigorosa das relações d'estes vasos com o collo e com os anneis.

4.º tempo—E' este tempo constituido por uma série de actos que teem por fim examinar o estado dos orgãos herniados e reduzil-os quando fôr possivel.

Os preceitos e regras a seguir variam com a natureza da hernia.

De um modo geral, aconselha-se como prática classica para toda a especie de hernias, puxar com o maximo cuidado a ansa herniada para fóra, com o fim de descobirmos o ponto em que se exercia a constricção, limpar com cuidado a sua superficie, examinar a sua côr, consistencia e cheiro. Não só a existencia de uma perfuração com presença de gazes e de materias intestinaes na cavidade do sacco herniario e a côr livida do intestino contra-indicam absolutamente a redução, mas tambem as manchas brancas ou cinzentas, que por vezes se observam, e revelam uma infiltração plastica ou purulenta da parede intestinal, ainda a existencia de phlyctenas cheias de serosidade sanguinolenta, ou a presença de perfurações apparente-



mente superficiaes são razões sufficientes para differir a redução.

Quando a ausencia de lesões graves do intestino decidir o cirurgião a praticar a redução, deve ter em vista as mais minuciosas precauções. Depois de suspender toda a hemorragia, o cirurgião deve lavar com o maximo cuidado a superficie do sacco e do intestino com uma solução levemente phenicada, depois limpá-la e usar de compressas de um tecido muito fino e que tenham uma certa temperatura.

No caso do intestino se achar lesado, isto é, se a sua textura se encontra profundamente alterada, e se apresenta placas gangrenosas ou mesmo perfurações, a regra é não reduzir. Velpeau, no entanto, diz que não ha grande inconveniente na redução quando mesmo houvesse uma pequena perfuração. Devemos, porém, obrar com prudencia porque podemos acarretar graves accidentes ao doente, que lhe podem trazer uma terminação fatal.

Quando em presença de um sacco herniario aberto virmos o intestino nas condições apontadas, nem mesmo devemos proceder ao desdobramento, a não ser que o estrangulamento seja muito forte e nós tenhamos a laceração do collo e o derrame dos contents intestinaes na cavidade do peritoneo.

Depois, o cirurgião impelle docemente a ansa estrangulada para o orificio herniario. Procura em seguida por meio de pressões methodicas e apropriadas fazer passar os contents do orgão herniado para os topos superior e inferior, e finalmente a sua entrada na cavidade abdominal termina o quarto tempo.

Se na constituição do tumor herniario entra tambem o epiploon, todos os cirurgiões estão de accordo

em que a sua redução não deve fazer-se, salvo quando este fôr em proporção insignificante, e que esteja completamente normal.

No caso da redução do epiploon estar contra-indicada como deveremos proceder?

Variados meios tem sido empregados e preconizados por cirurgiões distinctos. Querem uns que se empregue a ligadura simples. Aconselham outros a excisão que praticam de duas maneiras: ou fazendo ligaduras previas para d'este modo evitar a hemorrhagia, ou laqueando os vasos á medida que se cortam. Recorrem os terceiros á cauterisação que consideram um excellente meio; empregam ou o cauterio actual, ou a cauterisação potencial, quer pelo processo de Bonnet, quer pelo de Valette e Desgranges. E finalmente outros pretendem que o abandono do epiploon é o melhor processo.

Todos estes meios tem sido empregados, mas a pratica mais geralmente seguida é deixar o epiploon ao abandono.

**Operação sem abertura do sacco** — Esta operação extremamente preconizada por alguns cirurgiões é lançada ao esquecimento por outros. D'onde provirá esta divergencia de opiniões? E' que o seu exito reside na opportunidade da sua execução, que tem sido compromettida por ensaios intempestivos.

Côm effeito, como operação suprime o tempo da kelotomia, cujas consequencias são mais para receiar, a abertura do sacco e a exposição do peritoneo ao contacto do ar.

Não é senão uma taxis quasi immediata atravez

de um só involucro, e o alargamento do orifício pelo qual a hernia tem de entrar, supprime a necessidade de pressões violentas. E se lhe applicarmos as regras já expostas a proposito da taxis, com certeza o seu emprego é por vezes de valor consideravel.

O manual operatorio é extremamente simples. Como na kelotomia temos a proceder aos dous primeiros tempos da operação, e é só quando estamos em presença do sacco que a conducta a seguir differe. O desbridamento faz-se externamente ao sacco. Para isso o cirurgião introduz entre os aneis e o collo do sacco um bisturi botonado ordinario, por meio do qual faz no orifício fibroso uma ou mais incisões, segundo uma direcção que em nada differe da do desbridamento ordinario; depois procura por meio das manobras da taxis applicadas directamente sobre a face externa do sacco, fazer entrar o seu contheudo na cavidade abdominal.

Se o agente do estrangulamento reside no anel fibroso, é claro que a redução se poderá realizar com a maior facilidade; o mesmo não acontece se elle reside no collo; devemos n'este caso, como aconselha Colson, puxar ligeiramente para fóra e buscar adelgal-o por meio de tracções que se exercem sobre elle.

Alguns cirurgiões aconselham a redução do sacco depois da do intestino; mas esta prática só deve seguir-se quando seja pouco volumoso e tenhamos a certeza da redução completa das visceras.

Em presença d'estes dous methodos, qual deveremos preferir? Terá o seu emprego indicações especiaes?

E' ao volume da hernia, á idade do estrangulamento, e mesmo á constituição do doente que iremos buscar as razões de preferencia de um ou outro d'es-

tes methodos, porque realmente cada um tem as suas indicações.

De um modo geral pôde dizer-se que o methodo com abertura do sacco herniario é preferivel ao methodo de Petit, porque é o unico que permite apreciar exactamente o estado dos orgãos herniados, e consequentemente melhor se presta a poderem tomar-se as medidas que certas complicações necessitam.

No entanto o methodo sem abertura do sacco não deve ser posto inteiramente de parte como querem, systematicamente, alguns cirurgiões. Este methodo tem tambem a sua indicação formal. Tal é, por exemplo, o caso em que possamos ter a maxima probabilidade, ou quasi a certeza, da integridade dos orgãos herniados, porque d'este modo evitamos o traumatismo do peritoneo e a sua exposição ao ar, facto que se não é da gravidade que alguém lhe aponta, é comtudo para respeitar.

Como infelizmente são raros os casos em que o cirurgião pôde em presença de um sacco intacto, prever o estado dos orgãos herniados; o receio de introduzir na cavidade abdominal visceras mais ou menos alteradas tem feito com que o emprêgo do methodo de Petit seja bastante restricto, e só reservado para certos casos especiaes.

E' ao emprego da kelotomia com abertura do sacco que os cirurgiões recorrem mais geralmente, quando falham os outros meios não sangrentos.

Terminada a operação, o estado do doente é grave, pois que está affectado de uma ferida penetrante do abdomen, ferida que necessita de curativo.

Divergem muito os cirurgiões, pelo que diz respeito ao modo como este curativo deve ser feito. Que-

rem uns que se provoque a reunião immediata da ferida, pretendem outros a sua reunião mediata.

Qual dos meios devemos preferir?

Isto depende de grande numero de circumstancias que dizem respeito principalmente ao doente e ao meio em que se acha collocado. Nada, pois, se póde dizer de um modo geral; e se a reunião immediata é por vezes seguida de excellentes resultados, outras, porém, tem sido a causa de accidentes mortaes. E hoje a maior parte dos cirurgiões limitam-se apenas ao emprego de um curativo muito simples; uns poucos de fios embebidos em uma solução levemente phenicada. Uma posição em que os musculos abdominaes estejam completamente relaxados e em socego completo, é o que elles recommendam nos casos em que não ha complicações de qualquer outra ordem.

---

## PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia.**—O darto é um verdadeiro musculo cuticular.

**Physiologia.**—O somno physiologico explica-se melhor por anemia que por congestão.

**Materia medica.**—A acção do ammoniaco na embriaguez é comparavel á dos vomitivos.

**Pathologia externa.**—No tratamento do teta-no traumatico, preferimos o emprego do brometo de potassio e do hydrato de chloral.

**Medicina operatoria.**—O resultado d'uma operação depende mais das condições individuaes e do ambiente do que do processo operatorio.

**Partos.**—O liquido amniotico tem um papel puramente mecanico.

**Pathologia interna.**—Não admittimos cystites essenciaes.

**Anatomia pathologica.**—O methodo de Perles permite estabelecer a differença entre a infiltração e degeneração gordurosas.

**Hygiene.**—A prostituição é um mal necessario.

**Pathologia geral.**—Os progressos da anatomia pathologica farão desaparecer as nevroses do quadro nosologico.

---

Vista.

*Antunes Lemos.*

Póde imprimir-se.  
O CONSELHEIRO-DIRECTOR.  
*Costa Leite.*